Die individualisierende Methode der Procto-Perineoplastik

(Küstner).

Inaugural-Dissertation

der

Hohen Medizinischen Fakultät der Königl. Universität
zu Breslau

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin und Chirurgie

vorgelegt von

Felix Elias.

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

Breslau 1910.

Druck der Breslauer Genossenschafts-Buchdruckerei, E. G. m. b. H.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Breslau.
Referent: Prof. Dr. Küstner.

Meiner Mutter

und dem Andenken

meines verstorbenen Vaters.

Meiner Mutter

und dem Andenken

meines verstorbenen Vaters.

In dem Zeitraum vom Jahre 1898—1909 (Juli inkl.) sind in der Breslauer Frauenklinik 60 Frauen mit totalem Dammspalt aufgenommen worden; im Vergleich mit den gesamten Aufnahmen während dieser Zeit ergibt sich also für diese Krankheit ein Prozentsatz von 0,68%, d. h. auf 1000 Aufnahmen kommen im Durchschnitt zirka 7 mit totalem Dammriß. Wenn man zu diesem verhältnismäßig so seltenen Vorkommen die große Zahl der Operationsmethoden in Betracht zieht, die zur Beseitigung des Leidens angegeben sind, so tritt ein gewisses Mißverhältnis zutage, das darin seine Erklärung findet, daß die Dammplastik bei totalem Dammriß den Gynäkologen immer als ein schwieriges Problem gegolten hat, welches viel und lebhaft erörtert worden ist und schließlich doch keine allgemein anerkannte, von allen Gynäkologen acceptierte Lösung gefunden hat. Der Zweck dieser Arbeit ist es nun, eine Darstellung der an der hiesigen Klinik geübten Operationsmethode zu geben, die von Küstner die individualisierende Methode der Procto-Perineoplastik genannt wird, und konnte ich der Arbeit 57 von den bereits erwähnten 60 Fällen zugrunde legen, die sämtlich nach dieser Methode operiert wurden. 3 Fälle scheiden aus der Betrachtung der operativen Behandlung aus, teils (No. 23 und 52) weil sie aus anderen Gründen überhaupt nicht zur Operation kamen, teils (No. 11) weil nach einer anderen Methode operiert wurde.

Bevor ich mich jedoch der Beschreibung der operativen Behandlungsmethoden der totalen Dammrisse zuwende, will ich mit einigen Worten auf ihre Ätiologie, Symptome und Prophylaxe eingehen.

Unter einem vollkommenen Dammriß oder Dammriß 3. Grades verstehen wir eine Zerreißung des Dammes, bei welcher die Rektalschleimhaut und der Schließmuskel des Rektum mitbetroffen sind. Bei einem derartigen Riß kommt es natürlich auch zu einer mehr oder weniger hochgradigen Verletzung sämtlicher den Beckenboden bildenden Muskeln und Fascien, wie der Fascia perinei, des M. levator ani und constrictor cunni. Wie der partielle Dammriß geht auch der komplette gewöhnlich vom Introitus aus, umfaßt gabelig die Columna rugarum posterior und zwar so, daß der eine Wundwinkel gewöhnlich bedeutend höher in die Vagina hinaufgeht als der andre und sich gar nicht so selten mit einem Portioriß kombiniert, und verläuft dann am Damm vorwiegend auf der einen Seite bis ins Rektum hinein.

Die meisten Dammrisse entstehen bei der Geburt und nur in sehr seltenen Ausnahmen wird durch ein ganz besonders geartetes Trauma, wie Auffallen auf eine Stuhllehne oder eine Heugabel, eine derartige Verletzung des Dammes hervorgerufen. Im Verlaufe einer Geburt gibt es eine Reihe von prädisponierenden Momenten, welche das Zustandekommen eines Dammrisses ganz besonders häufig begünstigen. Der rasche Durchtritt der Frucht, wie er bei Sturzgeburten und bei sofortiger Extraktion nach einer Wendung gegeben ist, die abnorme Starrheit der mütterlichen Weichteile und ihre mangelhafte Elastizität, z. B. bei alten Erstgebärenden und bei Frauen mit pathologisch veränderten äußeren Geschlechtsteilen, ferner ein sehr großer und fehlerhaft eingestellter kindlicher Kopf und schließlich jegliche Art von Kunsthilfe, wie die Extraktion und besonders die Zange kommen wohl am häufigsten für die Ätiologie eines Dammrisses in Betracht.

So finden wir auch in unseren Fällen zwanzigmal die Angabe, daß eine Zange angelegt worden ist, fünfmal hat es sich um eine Wendung mit sofortiger Extraktion gehandelt, in 7 Fällen lag eine Steißgeburt vor, die dreimal durch Extraktion beendet wurde. Was aber aus unseren

Zusammenstellungen ganz besonders deutlich hervorgeht, ist das häufige Vorkommen der totalen Dammrisse bei Erstgebärenden. Von unseren 59 bei einer Geburt entstandenen Rupturen verdankten 43 der ersten Geburt ihre Entstehung, bei 4 war nicht näher festzustellen, von der wievielten Geburt sich der Riß herleitete, und in den übrigen 12 Fällen waren es zweite und fünfte Geburten, bei denen ein-, zwei- bis dreimal ein totaler Dammriß zu verzeichnen war. In Prozentzahlen ausgedrückt, haben wir 78% Primiparae und 22% Multiparae aufzuweisen und stimmen mit diesen Zahlen fast vollkommen überein mit den entsprechenden von Uttendörffer[1]) veröffentlichten, der unter seinen 61 Fällen von totalem Dammspalt, die von der Breslauer Poliklinik beobachtet und behandelt worden sind, 77% Erstgebärende und 23% Mehrgebärende zählte.

Auch die Tatsache finden wir in unseren Zusammenstellungen getreulich widergespiegelt, daß mit zunehmendem Alter der Erstgebärenden auch die Frequenz der Dammrisse steigt[2]), indem 60,5% der Erstgebärenden mit totalem Dammriß das 25. Lebensjahr bereits überschritten hatten und nur 39,5% jünger waren als 25 Jahre. Auch diese Zahlen kommen den von Uttendörffer gefundenen Werten nahe, der unter 47 Erstgebärenden 16 = $33\frac{1}{3}$% unter und 31 = $66\frac{2}{3}$% über 25 Jahren fand.

Als ätiologischer Faktor wäre noch ein Umstand zu erwähnen, auf den vor kurzem Sellheim[3]) aufmerksam gemacht hat; es ist das die Beschaffenheit des Schambogens.

„Bei dem Einpassen des Kindschädels in die verschiedenen Formen des Schambogens wird man gewahr, daß hierfür ein gut ausgerundeter Bogen und ein mäßig weiter, etwa rechter Winkel günstig sind. Der Schädel wird dabei tief in den Schambogen versenkt. Dagegen ist

[1]) Franz Uttendörffer. Diss. Breslau 1907. Die Erfolge der Naht bei komplettem Dammriß in der Poliklinik.

[2]) Schauta, Lehrbuch der gesamten Gynäkologie 1896.

[3]) Münchener Medizinische Wochenschrift 1909 No. 37. — Sellheim, Zur Entstehung und Heilung kompletter Dammrisse.

bei dem weiten und niedrigen Schambogen des plattrhachitischen Beckens, ebenso wie beim engen und hohen des kindlichen Beckens die Gefahr der Dammrisse sehr groß, weil die hinter dem Schambogen ausgespannten Weichteile in ihrer unteren und hinteren Hälfte bei diesen Schambogenformen erheblich mehr in Anspruch genommen werden."

Kennt man nun alle beim Zustandekommen eines Dammrisses zusammenwirkenden Momente, so wird sich in dem einen oder anderen Falle durch rechtzeitige prophylaktische Maßnahmen die Gefahr des Einreißens oft noch abwenden lassen.

Wenn sich am Ende der Austreibungsperiode die Wehen steigern, wird man die Frau durch gütliches Zureden ermahnen, während der Wehen nicht mitzupressen oder man wird eine zweckentsprechende Lage, die Seiten- oder Knieellenbogenlage anordnen, wodurch einerseits der Kopf infolge seiner Schwere dem Schambogenwinkel sehr viel mehr genähert wird, andrerseits die starke Inanspruchnahme der Bauchpresse ausgeschaltet wird. In einem exakt ausgeübten Dammschutz und in der Narkose hat man weitere Hilfsmittel, um den allzuschnellen Durchtritt des vorangehenden Kindsteiles zu verhüten und schließlich steht einem noch in den Fällen, wo diese Mittel zu versagen drohen, die prophylaktische Incision des Dammes als letztes Mittel zu Gebote. Der Vorteil der Incision vor dem unvermeidlichen Dammriß ist der, daß es sich um einen Schnitt mit glatten Wundrändern und an einer Stelle handelt, die man selbst für die geeignetste ansieht.

Michaelis, der diese Incisionen zuerst empfahl, legte sie in einem Falle in der Mitte an, Credé, Colpe und auch Werth machen unilaterale oder bilaterale, aber stets seitliche Schnitte, während Küstner[4]) wieder zu dem ursprünglichen Verfahren zurückkehrte, das er auch in einer

[4]) Otto Küstner, Über Episioplastik. Volkmannsche Sammlung klinischer Vorträge. N. F. 1892.

kürzlich erschienenen Arbeit[5]) von neuem empfahl. Diejenigen Autoren, welche die seitlichen Schnitte bevorzugen, lassen sich von dem Gesichtspunkte leiten, daß die Dammrisse ja gewöhnlich ebenfalls extramedian liegen. Das ist aber nur ein Beweis dafür, daß die seitlichen Partien des Dammes die schwächsten Stellen sind. Diese wird man aber am meisten vor der Gefahr einer Verletzung zu schützen haben, und darum incidiert Küstner die stärkste Partie des Dammes, die Raphe, und verhindert auf diese Weise gleichzeitig das Weiterreißen des Dammes, das häufig bei seitlicher Incision zu den häßlichsten Dammwunden führt.

Hat sich nun trotz Anwendung aller Vorsichtsmaßregeln ein Dammriß nicht vermeiden lassen, so ist es die Pflicht des die Geburt leitenden Arztes, durch die sofortige Naht einen Verschluß der Wunde herbeizuführen. Während heutzutage über diese Frage wohl keinerlei Zweifel mehr obwalten, hat es vor gar nicht so langer Zeit noch eine Reihe namhafter Autoren gegeben, welche den entgegengesetzten Standpunkt vertraten und gerade bei kompletten Dammrissen die primäre Naht sofort nach der Geburt perhorreszierten. Es war diese Frage anläßlich eines Gerichtsfalls in der Öffentlichkeit lebhaft erörtert worden, als ein praktischer Arzt sich wegen Körperverletzung unter Pflichtversäumnis vor Gericht zu verantworten hatte, weil er bei einem Dammriß 3. Grades die primäre Naht unterlassen hatte. Der Arzt machte zu seiner Verteidigung neben anderen Gründen besonders den geltend, daß die sofortige Naht bei Dammrissen 3. Grades sich doch niemals als dauerhaft erweise, und Zweifel[6]), dem das Obergutachten in diesem Falle übertragen worden war und der ein großes Material nach diesem Gesichtspunkte untersucht hatte, mußte dem Arzte darin Recht geben, daß bei komplettem Dammriß die primäre Naht gewöhnlich erfolglos sei.

[5]) Otto Küstner, Wo ist vorteilhaft die Episiotomie zwecks Erhaltung der integrierenden Dammgebilde anzulegen. Praktische Ergebnisse der Geburtshilfe und Gynäkologie 1909.

[6]) Zweifel, Deutsche Medizinische Wochenschrift 1903 No. 1.

Zweifel geht allerdings nicht so weit wie Hegar[7]), Füth[8]) und andre, die die Indikationen für die primäre Naht so sehr einschränken, daß sie nur in den seltensten Fällen gemacht werden dürfte, sondern er verlangt von jedem praktischen Arzt die genaue Kenntnis der Operation und die Übung und Erfahrung, sie korrekt auszuführen.

Bleibt nun aber aus irgendwelchen Gründen die frische Dammwunde ungenäht und sich selbst überlassen, so pflegen sich die Heilungsverhältnisse in einer fehlerhaften, aber ganz typischen Weise zu gestalten.

Es ist das das große Verdienst Küstners, diesen Heilungsmodus zuerst mit großer Schärfe definiert und präzise dargestellt zu haben. Ich lasse die Kardinalpunkte seiner Darstellung hier folgen, wie er sie im Jahre 1893 in der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie[9]) gegeben hat.

Sofort nach der Entstehung tritt eine für die prima intentio äußerst unzweckmäßige Verschiebung der Wunde ein.

1. Die schwere, sugillierte, unterminierte, von ihrer Basis getrennte Columna rugarum posterior sinkt nach außen, prolabiert; sie schiebt sich zwischen die beiden Hälften des Dammrisses und erhält diesen klaffend.

So wird die Wunde, welche in die Scheide hinein eine bedeutende Tiefe besitzt, in dieser Richtung ungeheuer verkürzt, in eine schmale, natürlich koronal verlaufende Linie verwandelt.

2. Der abgerissene Damm sinkt in sich zusammen. So kommt es zu einer bedeutenden Inkongruenz derjenigen beiden Narben, welche das eigentliche Dammprofil darstellen.

Diese also rein mechanischen Störungen sind es, welche die prima intentio hindern; in der bei weitem größten Ausdehnung heilt die Dammwunde secunda intentione. Nur ein ganz kleines Stück pflegt prima zu heilen, d. i. der

---

[7]) Hegar, Münchener Medizinische Wochenschrift 1903 No. 44.

[8]) Füth, Zentralblatt für Gynäkologie 1904 S. 24.

[9]) Küstner, Die Narbenfigur der Dammspalten. — Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie 1893.

Winkel, mit welchem der Dammriß in der Scheide neben der Columna rugarum posterior beginnt.

Die typische Narbenfigur des alten Dammspalts setzt sich daher zusammen aus überhäuteten, durch Granulationen geheilten Flächen und aus linearen Narbenstrichen.

Aus diesem fehlerhaften Heilungsmodus, wodurch ein Prolaps der hinteren und oft auch der vorderen Scheidenwand bedingt ist, und aus der Zerreißung des Sphinkter resultieren die sehr unangenehmen Beschwerden, die das Schicksal der mit diesem Leiden behafteten Frauen zu einem höchst beklagenswerten machen. Im Vordergrunde der Beschwerden steht die Inkontinenz für Stuhl und Winde, und neben diesem Symptom, das die Trägerin eines totalen Dammdefektes aus der menschlichen Gesellschaft ausschließt, verschwinden die anderen sich auch beim partiellen Dammriß mehr oder weniger findenden Klagen. Diese können ganz verschiedener Natur sein. Manche Frauen leiden unter dem Gefühl, als ob sich etwas zwischen die Vulva dränge, andere haben die Empfindung nur dann, wenn sie etwas heben oder sonstwie die forcierte Bauchpresse in Tätigkeit setzen. „Es ist, als ob alles unten herausfalle." Wieder andre glauben an weißem Fluß zu leiden, indem sie die Feuchtigkeit der prolabierten Columna höchst unangenehm empfinden. Oft stellt sich ein entsetzlicher Pruritus, ein sog. Fressen, in der Umgebung des Anus und des Dammes ein, und schließlich kann auch die Narbe selbst zum Ausgangspunkt der peinlichsten nervösen Beschwerden und höchst unangenehmer wollüstiger Empfindungen werden, die die Kranken aufs äußerste quälen und schwächen.

Wenn hie und da gelegentlich Frauen mit totalem Dammspalt behaupten, Stuhl und Winde zurückhalten zu können, so handelt es sich gewiß stets um Personen, die sich schlecht beobachten und deren Bildung und Stellung mit diesen Beobachtungsfehlern nicht kollidiert.[12]) Eine

[12]) l. c.

straffe Narbe kann vielleicht einen Damm vortäuschen und eine gewisse Kontinenz bei härteren Fäkalmassen bedingen, aber niemals eine fehlende Sphinkterfunktion völlig ersetzen.

Schließlich können sich auf dem Boden eines veralteten Dammspalts Scheiden- und Uteruskatarrhe entwickeln, indem durch das bedeutende Klaffen der Vulva die Vaginalwand der atmosphärischen Luft ausgesetzt ist und dadurch ein dauernder Reizzustand unterhalten wird. Auch Dickdarmkatarrhe können sich im Gefolge eines totalen Dammrisses infolge des Prolabierens der Mastdarmschleimhaut einstellen und durch die oft damit verbundenen hartnäckigen Diarrhöen der Trägerin die höchsten Beschwerden verursachen.

Daß mit einem totalen Dammriß eine Zerreißung der gesamten den Beckenboden bildenden Muskeln verbunden ist, haben wir bereits an andrer Stelle hervorgehoben; man sollte darum annehmen, daß durch diese Schwächung des Beckenbodens eine Reihe von Lageanomalien des Uterus und der Scheide wie Senkung, Vorfall und Knickung des Uterus veranlaßt werden. Wie die Erfahrung aber lehrt, ist dies nicht der Fall; und so findet sich auch in unseren Krankengeschichten nur hie und da die Angabe eines Scheidenvorfalls — ein mäßiger Prolaps ist, wie bereits erwähnt, mit jedem tolalen Dammriß natürlicherweise verbunden — und nur zweimal ist ein totaler Uterusprolaps verzeichnet.

Veit[10]) sucht diese Erscheinung, die in einem strikten Gegensatz zu dem häufigen Vorkommen von Lageanomalien im Gefolge eines partiellen Dammrisses steht, durch die besondere Beteiligung des Constrictor cunni und des Sphincter ani zu erklären, der beiden Muskeln, welche bei der Zerreißung des Dammes und der Genese der Prolapse eine bedeutende Rolle spielen. „Reißt nämlich nur der Constrictor cunni ein und bleibt der Schließmuskel des Mast-

[10]) Veit, Handbuch der Gynäkologie 1908.

darms intakt, so folgt dadurch regelmäßig eine starke Erweiterung der Vulva. Der an seiner hinteren Peripherie zerrissene Constrictor cunni zieht sich nach dem Schambogen zurück, und dem Anus folgt der hintere Teil der Vulva; so kommt es zu starker Erweiterung. Beim kompletten Dammriß nun pflegen gewöhnlich die vorderen Fasern des Sphincter ani und die hinteren des Constrictor cunni zerstört zu werden; dann bleiben als einzig wirksame Bestandteile die an sich nicht sehr kräftigen Faserzüge übrig, welche in einer Kreistour die beiden Öffnungen umgeben. Dadurch wird der hintere Ansatz der Fasern des Sphincter ani an der Steißbeinspitze allmählich sehr gedehnt, weil der Ansatz am Arcus pubis fester ist. Der hintere Rand des Mastdarms liegt daher in typischen Fällen an derjenigen Stelle, an der die hintere Kommissur liegen würde, und es ist vollkommen verständlich, daß mit einem Mastdarmriß sich selten ein Vorfall verbindet, während gerade beim unvollkommenen Dammriß der Prolaps die regelmäßige Folge ist."

Was nun die operative Behandlung des totalen Dammdefektes anbelangt, so gibt es bis auf den heutigen Tag noch keine einzige Methode, die sich einer allgemeinen Beliebtheit und Anerkennung erfreute. Die zahlreichen Operationen, die zur Beseitigung des totalen Dammspalts angegeben sind, lassen sich am besten nach der Art gruppieren, wie die zur Plastik notwendige Wunde hergestellt wird.[11])

Danach unterscheiden wir:

1. Anfrischungsmethoden (Dieffenbach, Simon, Hildebrand, Hirschberg, Hegar-Kaltenbach, Lauenstein, W. A. Freund, A. Martin).
2. Lappenmethoden (Langenbeck-Breslau, Wilms, Bischoff, Staude; ferner Tait-Sänger, Simpson, Zweifel).
3. Reine Spaltungsmethoden (Fritsch).
4. Spaltungsmethoden mit Anfrischung unter individueller Berücksichtigung der Narbe (Küstner, Walcher).

[11]) Hegar-Kaltenbach, Die operative Gynäkologie 1897. IV. Aufl.

Am besten lernen wir die einzelnen Operationen verstehen, wenn wir sie einer chronologisch-historischen Betrachtung unterziehen.

Der erste, der eine totale Dammplastik mit Erfolg ausgeführt haben soll, ist der Franzose Guillemeau, am Ende des 17. Jahrhunderts, nachdem Ambroise Paré sie bereits vorher empfohlen hatte. Die großen Geburtshelfer des 18. Jahrhunders, Smellie und Mauriceau, haben die Operation zwar nicht selbst unternommen, aber ihre Möglichkeit besprochen.

Später befaßten sich mit ihr Noel und Sancerotte in Frankreich und Mentzel, Osiander und Zang in Deutschland, doch wurde sie erst durch das Verdienst Dieffenbachs, der zuerst die trianguläre Methode angab, weiteren Kreisen bekannt gemacht.

Dieffenbach geht von dem Prinzip aus, daß die Kontinuität des Septum recto-vaginale nach 3 Richtungen hin aufgehoben ist, gegen den Mastdarm, die Scheide und den Damm hin, und daß nach diesen 3 Seiten ein neuer Verschluß geschaffen werden muß.

Unter den nach diesem Prinzip sich gestaltenden Operationen ist es vor allem die bilateral-symmetrische (Simon-Hegarsche) und die zweizipflige (Freundsche), die sich um die Mitte der 80er Jahre einer weitgehendsten Verbreitung erfreuten.

Bei der ersteren Methode wird eine flügelförmige, schmetterlingsähnliche Anfrischungsfigur vorgezeichnet, die mit einem dreieckigen Zipfel mehr oder weniger hoch in die Columna rugarum posterior hinaufgeht, und es wird dann Rektum, Vagina und Damm gesondert genäht.

Freund dagegen verlegt seine Anfrischung nicht in die Mitte der Columna, sondern in die Seitenteile der Vagina, von der richtigen Überlegung ausgehend, daß die Narbe ebenfalls meist lateral zu beiden Seiten der Columna verläuft und es entsteht auf diese Weise eine zweizipflige Anfrischungsfigur. Obwohl im übrigen der Operationsverlauf derselbe wie bei Simon-Hegar ist, wird dennoch dieser

Methode nachgerühmt, daß sie, durch Berücksichtigung der natürlichen Narbenverhältnisse, eine unzweckmäßige und heilungswidrige Spannung vermeide und darum bessere Resultate erziele als die Hegarsche Anfrischung.

Zu dieser Gruppe gehören ferner Hildebrandt, der eine breite, kleeblattförmige Anfrischung machte, Lauenstein, der das submuköse Nahtverfahren angab, um einer Infektion der Stichkanäle durch die Sekrete der Vagina und des Rektums vorzubeugen, und schließlich Heppner, der zum besseren Schluß der Wunde die achterförmige Naht empfahl.

Gegenüber diesen Methoden der Anfrischung traten damals die Lappenoperationen, deren Prototyp die Langenbecksche Operation ist, mit ihren Modifikationen von Güterbock und Veit, und die kombinierten Lappenmethoden von Bischoff und Staude weit zurück.

Schon damals hat Küstner[13]) zur Frage der Dammplastik Stellung genommen und die verschiedenen Operationsmethoden einer kritischen Prüfung unterzogen. An einem Material von 67 Fällen (darunter 10 totale Dammrisse) prüft er die Leistungsfähigkeit der einzelnen Operationen und kommt zu dem Schluß, daß dasjenige Verfahren das beste sei, welches bei der Wundmachung den Verlauf der alten Narbe berücksichtige und welches die einzelnen Teile der Wunde in eine Lage zueinander bringe, die sie vorher besessen haben, d. h. den Status quo ante wiederherstelle. Diesen Prinzipien komme die zweizipflige Freundsche Operation am nächsten.

Denselben Standpunkt in dieser Frage vertrat ein Jahr später Walcher,[14]) der in seiner Habilitationsschrift aus dem Jahre 1887 den Satz aussprach: Der Grundgedanke ist die Herstellung des Status quo ante durch Wiedervereinigung

---

[13]) Küstner, Die Indikationen und Methodik der Perineosynthesis. — Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie 1886.

[14]) Walcher, Die Auslösung der Narbe als Methode der Plastik. — Zentralblatt für Gynäkologie 1889 No. 1.

der zusammengehörigen Teile nach gründlichster Exzision sämtlichen Narbengewebes und möglichster Schonung gesunden Gewebes.

Gegen Ende der 80er Jahre trat die Frage der Dammplastik in eine neue Phase.

Durch Vermittlung seines Assistenten Heiberg hatte Sänger eine neue in England vielfach geübte Lappenmethode kennen gelernt, für die er nun auf Kongressen und in Zeitschriften mit großem Eifer eintrat. Nach der Ansicht Sängers[15]) läßt sich die Lappenmethode nicht auf Wilms, wie E. Hahn und Barthels meinen, auch nicht auf von Langenbeck, wie Irael reklamierte, zurückführen, sondern auf Voß sen., A. R. Simpson, z. T. Fritsch und Lawson-Tait.

Der Verlauf der Sängerschen Operation gestaltet sich folgendermaßen.[16])

Man beginnt mit der Spaltung des gewöhnlich in einen Saum auslaufenden Septum recto vaginale in eine rektale und vaginale Lamelle. Ist das Septum bis zu zwei vorher markierten seitlichen Endpunkten, die gerade unterhalb der Labionymphalgrenze gelegen sein sollen, geschlitzt, so führt man mittels einer Knieschere senkrecht zum ersten Schnitt durch die beiden Endpunkte zwei seitliche Schnitte nach vorn und hinten, und zwar nach hinten bis zu der Stelle, wo die durchrissenen und eingezogenen Enden des Sphincter ani liegen. So bilden die Schnitte die Form eines |—| mit kürzerem, hinteren Schenkel. Der so umschriebene vaginale Lappen wird nach vorn, der rektale Lappen nach hinten geschlagen, nachdem beide vorsichtig von der Unterlage abpräpariert worden sind, und die beiden seitlichen Lappen werden mit tieferen Scherenschlägen unterminiert und beweglich gemacht. Zum Schluß erfolgt die Naht in der Weise, daß ausschließlich vom Damm her durch quer durchgeführte Silberdrähte die seitlichen Lappen miteinander

---

[15]) Sänger, Verhandlungen des III. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie zu Freiburg i. Br. 1890.

[16]) Sänger, Zur Lappenperineorrhaphie. — Volkmannsche Sammlung klinischer Vorträge. No. 301.

vereinigt werden. Die Scheiden- und Mastdarmlappen werden nicht besonders genäht, allenfalls durch einige oberflächliche Suturen geschlossen.

Es muß zugestanden werden, daß diese Methode einen großen Fortschritt in der operativen Behandlung des totalen Dammspalts bedeutet. Sie trägt der falschen Implantation der Columna rugarum posterior Rechnung, läßt sich, da es eine typische Operation ist, in kurzer Zeit ausführen und geht von der richtigen Überlegung aus, daß beim Einreißen des Dammes und seiner spontanen Wiedervereinigung kein Gewebe verloren gegangen ist, sondern daß die einzelnen Teile nur in einer ganz fehlerhaften Weise miteinander verheilt sind und das also alles darauf ankommt, diesen fehlerhaften Heilungsmodus rückgängig zu machen.

Dieser Grundgedanke des neuen Operationsverfahrens war aber nicht neu. Küstner und auch Walcher hatten ihn bereits vorher als das wesentliche der Operation erkannt und ihrem individualisierenden Verfahren zugrunde gelegt. Faßt man aber die Art und Weise ins Auge, wie dieses Prinzip durch die beiden Operationsmethoden verwirklicht wird, so müssen wir dem Küstnerschen Verfahren unbedingt den Vorzug geben.

Denn Tait-Sänger führen ihre Schnitte zum Teil durch völlig gesundes Gewebe, bringen dann bei der Nahtlegung Teile miteinander zusammen, die niemals in einem Zusammenhang gestanden haben und rufen so eine unnatürliche Spannung hervor, die oft den funktionellen und plastischen Effekt der Operation in Frage stellt.

Küstner dagegen hält sich bei der Wundmachung nur an die Narbe, schafft sich auf diese Weise die Verhältnisse eines frischen Dammrisses und näht dann die korrespondierenden Teile der Wunde zusammen. Indem er also auf die natürlichste Art und Weise den falschen Heilungsmodus rückgängig macht und den Status quo ante wiederherstellt, verdient seine Operation am ehesten das Ideal einer Plastik genannt zu werden.

Der Gang der Küstnerschen Operation ist folgender: Die Narbe wird an derjenigen Stelle, wo sie linear ist, aufgeschnitten, wo eine sekundäre Überhäutung granulierter Stellen stattgefunden hat, wird eine entsprechend große Anfrischung vorgenommen; ferner werden die Partien der hinteren Vaginalwand, welche herausgerutscht und zu tief nach unten angeheilt sind, abpräpariert, und schließlich werden durch eine eigentümliche Verschiebung die nach unten dislozierten Partien in die Vagina zurückverpflanzt, und wird die quere Dammwunde sagittal geschlossen.

Obwohl diese Methode dem gesunden Menschenverstand am meisten zusagt und in ihrer Ausführung nicht mehr Schwierigkeiten bietet als jede andere plastische Operation, ist sie bisher noch nicht in weiteren Kreisen erprobt und geübt worden, während die Lawson-Taitsche Lappenoperation sich in den letzten Jahrzehnten viele Anhänger erworben hat.

Ich nenne nur die Namen Zweifel, Meinert, Gusserow, Olshausen, Czempin, Martin, Kümmel u. a., die sich bald nach der Sängerschen Veröffentlichung für die Einführung der Lappenperineorrhaphie entschieden.

Um so mehr verdient hervorgehoben zu werden, daß auch andere Autoren diesem allgemeinen Zuge der Zeit nicht gefolgt sind, sondern an ihrem für gut befundenen Verfahren festgehalten und es weiter ausgebildet haben. Es ist dies vor allem Fritsch, der im unermüdlichen Streben, seine Methode, die sich ebenfalls an die Freundsche anschließt, zu verbessern, schließlich zu einem Verfahren gelangt ist, das zur Gruppe der reinen Spaltungsmethoden gehört. Es ist für uns vom höchsten Interesse, was Fritsch in seinem Lehrbuch[17]) über dieses Thema schreibt und wie er zu der Lawson-Taitschen Methode Stellung nimmt.

Früher frischte er 1 cm breit an dem Defekt an, später sparte er auch diesen Streifen Scheidenhaut. „Ich ging also von der Ansicht aus, daß die Dammplastik nur allein

[17]) Fritsch, Krankheiten der Frauen. 1900.

die Wiederherstellung der früheren Verhältnisse sein dürfe. Kein Schnitt dürfe gemacht werden, der physiologisches Gewebe raubte. Da beim Dammriß der Damm nur »zerreißt«, nicht verloren geht, so mußte es unter allen Umständen möglich sein, durch geschickte Durchtrennung und Wiedervereinigung, durch Verständnis der »Narbenfigur« (Küstner) die alten Verhältnisse wiederherzustellen.

Die Schwierigkeit, derartige Operationen zu beschreiben und abzubilden, hat dazu geführt, daß meine Bestrebungen ignoriert sind. Aber gerade, weil heutzutage die Lawson-Taitsche Methode überall empfohlen wird, möchte ich darauf hinweisen, daß ich eine meines Erachtens bessere, den natürlichen Verhältnissen mehr angepaßte schon früher ausführte.

Für besser halte ich meine Methode, weil ich nur wiederherstelle, nicht Schnitte mache, die durch physiologisches, undurchrissenes Gewebe gehen, und für erfolgreicher deshalb, weil bei meiner Methode ein hoch hinaufreichender Damm entsteht, während bei der Taitschen nur die äußere Haut verschoben wird und oft nur eine dünne Membran die Vulva verschließt. Ich habe viele nach Lawson-Tait operierte Dämme gesehen, bei denen nach Jahren nicht ein Damm, sondern nur ein dünner Hautlappen vorhanden war.“

In der Ausführung der Operation unterscheidet sich Fritsch insofern von Küstner, als ersterer überhaupt kein Gewebe wegschneidet und die Narbe nicht in ihrem ganzen Verlauf auftrennt, sondern nur einen Querschnitt in der Mitte zwischen Scheide und Mastdarm macht und die Wunde sagittal wiedervereinigt.

Nach diesen allgemeinen Ausführungen noch einige Worte zur speziellen Technik.

Einige Tage vor der Operation sorgt man durch milde Abführmittel für eine gründliche Entleerung des Darmes, am Tage vor der Operation erhält die Patientin ein Reinigungsbad.

Der Operation geht selbstverständlich eine exakte Desinfektion des Operationsfeldes voraus; die Patientin wird in Steinschnittlage gebracht und tief chloroformiert.

Dann sucht man sich zunächst die Narbe auf, wobei die Hymenreste als sichere Anhaltspunkte dienen. Die sekundär überhäuteten Partien erkennt man an einer seichten Vertiefung gegenüber der gesunden Schleimhaut und an ihrer blaßroten Farbe. Dann setzt man dahin, wo die beiden Zipfel neben der Columna rugarum hinkommen sollen, zwei Schieberhakenpinzetten, zwei ebensolche dahin, wo das Frenulum nach vorn begrenzt werden soll. Diese vier Schieber werden vorgezogen, das anzufrischende Terrain umschnitten, ein Finger in den Mastdarm gebracht und auf diesem womöglich in einem Lappen die ganze Anfrischungsfigur hinunterpräpariert. Dann wird die Wunde geglättet, vorspringende Riffe weggeschnitten und die Columna rugarum posterior so in die Höhe verlagert, daß die Seitenränder mit den Vaginalrändern korrespondieren, mit denen sie ehemals in Zusammenhang gewesen sind.

Die beiden Zipfel werden mit einer fortlaufenden Naht derart vereinigt, daß jede dieser zwei fortlaufenden Nähte an dem Ende der Columna rugarum verstochen wird. Die verstochenen Fäden läßt man beide lang und bindet sie über der untersten Spitze der Columna zu einem Knoten zusammen. Dann legt man die Vestibulum- und Rektumnähte an und zwar so, daß von der Vagina $\frac{2}{3}$, vom Rektum aus $\frac{1}{3}$ des Septum rectovaginale umstochen wird, und knüpft die Fäden umschichtig. Diese Art der Nahtlegung hat darin seinen Grund, daß die Rektumnähte schwerer aseptisch zu halten sind, als die von der Vagina aus gelegten und daß die Rektumschleimhaut und die darunter liegende glatte Muskulatur viel morscher ist als die analogen Gebilde der Vagina.

Küstner berichtet selbst, daß ihm die ersten Operationen, die er in dieser Weise ausführte, kein vollkommen befriedigendes Resultat lieferten. Die Dämme erschienen zu kurz, der plastische Effekt zu gering. Dieses war um so

verwunderlicher, als sich vom theoretischen Standpunkt nichts gegen die Operation einwenden ließ. Zum Teil lag das daran, daß die sekundär überhäuteten Partien stellenweise für primäre Narbe gehalten und gespalten wurden, anstatt angefrischt zu werden, zum Teil beruhte die Meinung, daß die Dämme zu kurz seien, auf einer ganz falschen Vorstellung von einem normal gestalteten Damm.

Der normale, virginelle Damm läuft nicht in einer geraden Linie, sondern stellt eine Sförmig gekrümmte Profilkontur dar, indem hinter dem Frenulum eine seichte Vertiefung und vor dem Anus eine flache Vorwölbung liegt. Diesen besonderen Verlauf finden wir in den anatomischen Atlanten, ja selbst in dem Atlas von Stratz, noch wenig berücksichtigt und darum ist der Damm stets viel zu lang dargestellt, als es den natürlichen Verhältnissen entspricht. Hat man sich aber erst von dieser falschen Vorstellung befreit, dann wird man mit dem Resultat der nach Küstner ausgeführten Operation zufriedener sein.

Um so mehr hat man dazu Veranlassung, wenn man nach einiger Zeit das Operationsresultat revidiert, wozu wir ja in einer Reihe von Fällen Gelegenheit hatten. Da fehlt jede unnatürliche Spannung, man erkennt die feine Fältelung in der Umgebung des Anus, ferner den Ring der Hymenalreste, der sog. Carunculae myrtiformes, kurz, es wird der Eindruck eines überhaupt nicht genähten, unversehrten Dammes hervorgerufen.

Als Nahtmaterial fungiert Katgut für die versenkten Nähte, Silkwormgut und Aluminium-Bronzedraht für die oberflächlichen. Seide wird ihrer kapillären, drainierenden Eigenschaften wegen perhorresziert, da die aus feinsten Fädchen zusammengesetzten Seidenfäden bei der natürlichen Feuchtigkeit von Rektum und Scheide nach innen drainieren und dem Entstehen von Wundfisteln Vorschub leisten.

Nach der Operation wird Dermatol auf die Wunde aufgestäubt und antiseptische Watte vorgelegt.

Die Nachbehandlung gestaltet sich sehr einfach. Es werden zunächst weder Laxantien gegeben, um den Stuhlgang flüssig zu erhalten, noch Narkotika, um ihn möglichst lange zurückzuhalten. Da die Patientin vor der Operation gründlich abgeführt hat, tritt der erste Stuhlgang sowieso erst nach 8—10 Tagen auf; erfolgt er dann nicht spontan, so kann man milde Abführmittel anwenden, bis eine spontane Entleerung eintritt.

Nach der ersten Defaecation regelt sich der Stuhlgang von selbst. Rektalspülungen nach jedem Stuhlgang vornehmen zu lassen, hält Küstner für überflüssig und schädlich; es genügt eine Abspülung der Analöffnung auf dem Bidet.

Nach 14 Tagen dürfen die Patientinnen aufstehen, nach 3 Wochen sitzen.

Die Nähte werden am Damm nach 14 Tagen, in der Vagina und im Rektum nach 2—3 Wochen entfernt. Man bedient sich dazu eines Simonschen Scheidenspeculums, mit welchem die vordere Vaginal-, bezw. die hintere Rektumwand zurückgedrängt und durch den Reflex die Nahtlinie gleichzeitig gut beleuchtet wird.

Nach dieser Methode sind in der Zeit vom Jahre 1898 bis 1909 in der Breslauer Frauenklinik 57 Frauen operiert worden.

Von diesen waren 23 bald nach der Geburt genäht worden, einige sogar mehrere Male.

Es ist von den Autoren, die die primäre Naht sofort nach der Geburt einzuschränken wünschen, behauptet worden, daß die nach der Geburt sofort genähten Dammrisse bei einer späteren Plastik schlechter heilen, als die ungenähten. Diese Behauptung fand ich in gewissem Sinne bestätigt; denn bei den primär genähten Fällen kamen in 47,8% Heilungsstörungen vor, während der Prozentsatz der Heilungsstörungen in bezug auf die gesamten Operationen nur 29,8% beträgt. Selbstverständlich beruhen diese ungünstigen Resultate der primären Naht nur auf einer schlechten Technik des Operateurs, und wird dadurch der

Grundsatz, jeden frischen Dammriß sofort zu nähen, nicht im mindesten erschüttert.

Von den 57 Frauen wurden

Geheilt entlassen . . . . 56 = 98,4%.

Nachuntersucht sind 42 Fälle. Von diesen sind

Dauernd geheilt befunden 40 = 95,2%.

Beide Rubriken bedürfen noch einer näheren Ausführung. Als „geheilt entlassen" habe ich jeden Fall betrachtet, bei dem eine gute Sphinkterfunktion vorhanden und die Dammwunde gut verheilt oder auf dem Wege zur Heilung war. Zu dieser Gruppe habe ich also auch diejenigen Fälle gerechnet, bei denen der Heilungsverlauf durch kleine Wundstörungen, wie Nahtfisteln etc. kompliziert war, natürlich nur, soweit eine gute Sphinkterfunktion vorlag, da diese Störungen bei der Entlassung meist beseitigt waren oder man annehmen konnte, daß die völlige Heilung bald eintreten würde.

Um aber auch diesen besonderen Heilungsverhältnissen besser Rechnung zu tragen, habe ich noch eine 2. Tabelle zusammengestellt, die speziell den Entlassungsbefund berücksichtigt.

Danach fanden sich bei den 57 Fällen

Glatt geheilte	38	= 66,7%,
Heilungsstörungen . . .	17	= 29,8%,
Rektovaginalfisteln . . .	1	= 1,7%.
Geheilt entlassen . . .	56	= 98,4%,
Ungeheilt entlassen . .	1	= 1,7%

(und zwar mit mangelhafter Funktion und Rektovaginalfistel).

Vergleicht man diese Zahlen mit den von andrer Seite veröffentlichten Resultaten, so sieht man, daß die Küstnersche Methode günstigere Resultate aufweisen kann, als andre Operationsverfahren.

So fand Jensen[18]) bei seinen 32 Fällen, die nach der Sängerschen Methode operiert wurden:

[18]) Jensen. Diss. 1899 Greifswald. 32 Fälle kompletten Dammrisses nach der Methode Sänger operiert.

Glatt geheilt . . . . . 26 = 81,2%,
Geheilt entlassen . . . . . 29 = 90,6%,
Fistelbildung . . . . . 2 = 6,1%,
Ungeheilt . . . . . 1 = 3,5%.

Zimmermann[19]) hat bei seinen 24 Fällen, die nach der Simon-Hegarschen Methode operiert wurden, folgende Resultate zu verzeichnen:

22 Fälle glatt geheilt . . = 91,7%,
23 Fälle geheilt entlassen = 95,9%,
1 Fall ungeheilt . . . . = 4,2%.

Besser[20]) berichtet von 21 Fällen mit vorzüglicher Heilung und 3 Fällen mit unbefriedigendem Resultat, konnte also nur 88,8% geheilt entlassene Fälle anführen.

Corossa[21]) endlich, der 82 nach der Zweifelschen Methode operierte Fälle verwerten konnte, fand eine glatte Heilung in 67 Fällen, 9 Fälle wurden bei der Revision ebenfalls geheilt vorgefunden, 2 wurden mit Fisteln entlassen, die bei der Revision noch bestanden und 3 mit Sphinkterschwäche. Er hat also 81,7% glatt geheilte und 92,6% geheilt entlassene Fälle.

Während die Küstnersche Methode also mit 98,4% geheilt entlassener Fälle an der Spitze steht, fällt der Vergleich ungünstiger aus, wenn man die Fälle mit tadellos glatter Heilung ins Auge faßt. Nun geht aus den angeführten Veröffentlichungen nicht immer hervor, ob mit derselben Peinlichkeit, wie ich es getan habe, jeder Fall dieser Rubrik entzogen wurde, bei welchem auch nur die kleinste Wundstörung vorkam, vielmehr kann ich annehmen, daß dies sicher nicht geschehen ist. Andrerseits ist es für den Erfolg einer Operation von keinem so erheblichen Interesse, ob die Wunde ganz glatt verheilt oder die eine

[19]) Zimmermann, Diss. Straßburg 1905. Klin. Beiträge zur Heilung kompl. Dammrisse.

[20]) Besser, Diss. Berlin 1902. Die Erfolge der Lawson-Taitschen Dammplastik bei kompl. Dammriß.

[21]) Carossa, Diss. Leipzig 1903. Dauererfolge der Zweifelschen Methode. 98 Fälle.

oder andere Störung den Heilungsverlauf kompliziert. Größere Störungen, wie die Entstehung von Rektovaginalfisteln, habe ich aber weit seltener gesehen, als andre; abgesehen von dem einen als ungeheilt geführten Falle nur einmal. Und auch in diesem Falle schloß sich die Fistel von selbst; denn die Patientin erwähnte in ihrem Berichte nichts von einer derartigen Störung.

Was nun die Frage der Dauerheilung anbetrifft, so ist es mir in 42 Fällen gelungen, etwas über das weitere Schicksal der Patientinnen in Erfahrung zu bringen und in der Hälfte dieser Fälle hatte ich sogar Gelegenheit, eine Nachuntersuchung vorzunehmen.

Unter diesen 42 Fällen finden sich nur 2 Fälle mit Inkontinenzerscheinungen. Die eine Frau (No. 5) hat 1 Jahr nach der Operation geboren und will dabei stark eingerissen sein.

Wahrscheinlich hat sie also wiederum einen totalen Dammriß akquiriert, der ohne Behandlung geblieben ist und den alten Zustand wieder herbeigeführt hat.

Auch bei der anderen Frau (No. 7) folgten in den beiden nächsten Jahren nach der Operation 2 Geburten, bei denen sie jedesmal eingerissen ist und genäht wurde. Selbst wenn man also diese beiden Fälle, in denen man einen mangelhaften Sphinkterschluß vorfand, auf das Konto der Operation setzt, und nicht, wie es natürlicher wäre, ein bei der Geburt gesetztes Rezidiv infolge schlechten Dammschutzes annimmt, ergibt sich eine Dauerheilung von 95,2%.

Kurz zusammengefaßt, kann ich folgende 3 Rubriken aufstellen:

Glatt geheilt	66,7%,
Geheilt entlassen	98,4%,
Dauernd geheilt	95,2%.

Demgegenüber hat Mindner[22]), der die Resultate des individualisierenden Verfahrens an 21 bis zum Jahre 1898

[22]) Mindner, Diss. Breslau 1898. Die individualisierende Methode der Procto-Perineoplastik (Küstner).

in der hiesigen Klinik operierten Fällen einer Prüfung unterzog, folgende Resultate zu verzeichnen:

Glatt geheilt . . . . . 76,2 %,
Geheilt entlassen 90,47%,
Dauernd geheilt . . . . . 100 %.

Wenn also die Resultate etwas ungünstiger geworden sind, was die glatte und die Dauerheilung anbetrifft, so haben sie sich gerade in dem Punkte gebessert, in welchem damals das Küstnersche Operationsverfahren noch hinter anderen Methoden zurückstand, und zwar so gebessert, daß es jetzt die von anderer Seite veröffentlichten Resultate in diesem Punkte übertrifft.

Carossa führt unter seinen 82 Fällen, die er einer Nachuntersuchung unterziehen konnte, 3 Fälle mit Sphinkterschwäche und 2 mit noch bestehenden Fisteln, also 5 Mißerfolge, was einer Dauerheilung von 93,9% entsprechen würde.

So sehen wir also, daß auch vom Gesichtspunkt der Dauerheilung die Küstnersche Methode günstigere Resultate erzielt, als andere Methoden der Dammplastik, und wenn Küstner erst in diesem Jahre wiederum seine Verwunderung darüber aussprach[23]), daß seine Methode, die er nun bereits 20 Jahre lehrte und übte, noch so wenig allgemeinen Eingang gefunden hätte, so stützt er sich mit Recht auf die guten Erfahrungen, die er mit seinem Operationsverfahren bisher gemacht hat und die auch durch diese Arbeit von neuem bestätigt werden.

Krankengeschichten.

1. 1898/99. J.-No. 21. Frau A. H. aus Langenhof. 32 Jahre. Aufnahme 16. III. 98.

Seit 7 Jahren verheiratet. Beim I. Partus Dammriß III. Grades. Die Hebamme holte keinen Arzt, sondern extrahierte selbst das Kind. Seitdem bemerkte Patientin, daß sie zeitweise, namentlich bei Durchfall Stuhl und Winde nicht halten kann.

[23]) Küstner, Gynäkologische Gesellschaft in Breslau. Ref. Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. Juni 1909.

Befund: Bis zum Sphinkter gehender Dammdefekt. Rektumschleimhaut sichtbar. Operation am 18. III. Episioplastik nach Küstner. In der Scheide entsteht eine zweizipflige Figur, weil linkerseits die Narbe ungeheuer hoch hinaufgeht und eine Kongruenz sonst nicht zu erzielen ist. Im Rektum 6 Silkwormguts.

28. III. Dammnähte entfernt. Dammwunde gut verheilt bis auf einen Stichkanal. Ätzung mit Arg. nitr. Bettruhe; Opium.

5. IV. Rektumnähte entfernt. Wunde geschlossen.

7. IV. Geheilt entlassen.

Anfrage bleibt unbeantwortet.

2. 1898/99. J.-No. 132. Frau M. D. aus Bschistei. 42 Jahre. Aufnahme 11. V. 98.

Verheiratet seit 9 Jahren. Beim IV. Partus (Frühgeburt ohne Arzt und Hebamme) Dammriß III. Grades. Später noch 1 mal geboren.

16. V. 98. Atypische Episioplastik. 5 Silkwormgutnähte ins Rektum. Dammwunde per primam geheilt. Dammnähte am 16. Tage entfernt.

1. VI. Geheilt entlassen. Der vereinigte Sphinkter funktioniert gut.

Anfrage bleibt unbeantwortet.

3. 1898/99. J.-No. 362. Frau W. E. aus Znin. 30 Jahre. Aufnahme 19. VIII. 98.

Seit 8 Jahren verheiratet. 6 mal geboren. Beim letzten Partus (30. VI. 98.) ist Patientin sehr stark eingerissen. (Spontangeburt, sehr rascher Durchtritt.) Inkontinenz für dünnen Stuhl und Winde.

Befund: Dammdefekt mit Einschluß eines Teils des Rektums in einer Ausdehnung von 1—2 cm. Sphinkter eingerissen.

23. VIII. Episioperineoplastik.

Das Rektum wird mit 5 Silksuturen geschlossen. Dann drei versenkte Katgutnähte, von denen die unterste die Sphinkterenden breit faßt und vereinigt. Schluß der Scheide mit Katgut, des Dammes mit Silkworm.

3. IX. Dammnähte entfernt. Heilung p. p.

11. IX. Geheilt entlassen.

Anfrage bleibt unbeantwortet.

4. 1899/1900. J.-No. 188. Frau J. W. aus Niklasdorf. 44 Jahre. Aufnahme 25. VI. 99.

Diagnose: Retroflexio uteri fixata. Salpingooophoritis sinistra. Defect. perinei totalis.

Seit 17 Jahren verheiratet. 8mal geboren. Beim vorletzten Partus vor 4 Jahren Dammriß III. Grades, der sofort genäht wurde. Seitdem klagt Patientin über Incontinentia alvi; häufigen Harndrang, Schmerzen beim Wasserlassen, Kreuzschmerzen etc.

18. V. 1. Ventrifixura uteri nach Lösung der retrofixierenden Adhäsionen. 2. Atypische Episioplastik. 3 Suturen im Rektum.

25. VI. Geheilt entlassen.

Anfrage kommt unbestellbar zurück.

5. 1899/1900. J.-No. 273. Frau A. W. aus Teuplitz. 26 Jahre. Aufnahme 28. VI. 99.

Diagnose: Defectus perinei totalis. Laceratio portionis sinistri.

Seit 4 Jahren verheiratet. Beim I. Partus im Mai 1896 wurde angeblich wegen langer Geburtsdauer eine Zange gemacht und dabei ein totaler Dammriß gesetzt. Im Januar 1899 1 Abort von 3 Monaten.

3. VII. 99. Atypische Anfrischung nach Küstner. 4 Suturen ins Rektum. Vorher war ein Emmet gemacht worden.

23. VII. Geheilt und beschwerdefrei entlassen.

27. XI. 1909. Nachuntersuchung.

Im ersten Jahre nach der Operation hat Patientin eine Geburt, bei der sie wieder stark einriß. 1902: III. Partus. Zeitweise Abgang von Blähungen und dünnen Stuhl. Oft Jucken am After.

Befund: Damm 1—2 cm lang, schlaff und dünn. Beim Eingehen des Fingers ins Rektum fühlt man die schlaffe hintere Scheidenwand. Sphinkter nicht schlußfähig. Patientin lehnt eine nochmalige Operation ab.

6. 1899/1900. J.-No. 369. Frau H. K. aus Neusalz. 36 Jahre. Aufnahme 10. VIII. 99.

Seit 14 Jahren verheiratet. 7 Partus. Beim letzten am 15. VI. 99 (Wendung und Extraktion) totaler Dammriß. Primäre Naht; angeblich 4 Stiche. Wochenbett fieberfrei. Nach 8 Tagen Nähte entfernt. Seitdem bemerkte Patientin Luftaustritt aus der Scheide. Bisweilen kann sie dünnen Stuhl nicht zurückhalten.

16. VIII. Proctoperineoplastik nach Küstner.

10. IX. Entlassen. Rektum geschlossen. Kranz von Sphinkterfalten. Die Kuppe des kleinen Fingers berührt eine von außen eingeführte Fingerkuppe.

Weiterer Verlauf: siehe weiter unten!

7. 1899/1900. J.-No. 678. Frau K. K. aus Breslau. 35 Jahre. Aufnahme 9. I. 00.

Seit 5 Jahren verheiratet. 3mal geboren. Beim I. Partus Dammriß, der $\frac{3}{4}$ Jahre später in Bethanien operiert wurde. Beim II. Partus wiederum eingerissen und sofort genäht. Trotzdem Inkontinenz für dünnen Stuhl und Blähungen.

Befund: Totaler Dammdefekt. Die ursprünglichen Narbenverhältnisse sind durch die spätere, erfolglose Plastik verwischt. Die Narbe ist ziemlich symmetrisch und gleicht der, wie sie nach einer triangulären Anfrischung erscheint.

17. I. Atypische Anfrischung. Es gelingt, die Sphinkterenden an beiden Seiten aufzufinden und miteinander durch 2 Katgutsuturen zu vernähen.

24. I. Bei einer Defäkation schneiden sämtliche Damm- und die untersten Rektumnähte durch und platzt die Wunde in der entsprechenden Ausdehnung auf.

29. I. Abkratzen der granulierenden Wundflächen mit dem scharfen Löffel und Wiedervereinigung durch die Naht. Im Rektum 5 Silkwormgutnähte, am Damm 5 Nähte.

11. II. Nähte entfernt. Prima intentio in der ganzen Ausdehnung der Wunde.

17. II. Geheilt entlassen. Gute Sphinkterfunktion.

Am 23. XII. 09 berichtet die Patientin, daß sie nach der Operation noch 2mal geboren habe (im Jahre 1901 und 1902) und jedesmal eingerissen und genäht worden sei. Sie habe gute Kontinenz für gewöhnlichen Stuhl, müsse sich aber bei Winden und Diarrhöen oft sehr zusammennehmen, um sie zurückhalten zu können.

Die Nachuntersuchung am 30. XII. 09 ergibt einen kurzen, schlaffen Damm, an welchem die Analfalten nicht deutlich zu erkennen sind und der im ganzen etwas eingesunken erscheint. Die Analöffnung ist eng, der Spinkterschluß — beim Einführen des Fingers ins Rektum — erfolgt wenig kräftig.

8. 1900/1901. J.-No. 18. Frau H. K. aus Neusalz. Vergleiche No. 6! 38 Jahre.

Defectus perinei totalis. Fistula perinealis.

Seit der Operation subjektives Wohlbefinden; jedoch Inkontinenz für dünnen Stuhl. Unwillkürlicher Abgang der Flatus durch die Vulva beim Sitzen und Liegen.

Befund: Scheidendammfistel.

19. III. Exzision der Narbe, Spaltung der Fistel. Es entsteht eine ungeheuer große Wundfläche. Die Sphinkterenden werden isoliert aufgesucht und durch 2 Katgutsuturen

vereinigt. Dann wird die übrige Wunde successive durch viele verlorene Katgutnähte geschlossen. Nach Beendigung der Operation gewährt der Damm den Eindruck des Status quo.

31. III. Nähte entfernt. Prima intentio.

7. IV. Geheilt entlassen. Damm gut geheilt. Sphinkterfunktion o. B.

21. XI. 09. Nachuntersuchung.

Patientin hat seit der Operation nicht mehr geboren. Sie kann Stuhl und Flatus beliebig halten.

Befund: Hoher Damm. Tadellose Sphinkterfunktion.

9. 1900/1901. J.-No. 120. Fräulein E. Sch. aus Lange. 21 Jahre. Aufnahme 10. V. 00.

Beim I. Partus am 9. III. 00 (Forceps) totaler Dammriß. Seitdem Inkontinenz für dünnen Stuhl.

15. V. Atypische Anfrischung der linkerseits verlaufenden Narbe in der üblichen Weise.

1. VI. Nähte entfernt. Wunde p. p. geheilt.

5. VI. Geheilt entlassen.

Anfrage kommt unbestellbar zurück.

10. 1900/1901. J.-No. 131. Frau Sch. Kr. aus Czenstochau. 26 Jahre. Aufnahme 16. V. 00.

Beim I. Partus (Zange) vor 8 Jahren totaler Dammriß. Sofortige Naht ohne Erfolg.

Befund: 4—5 cm ins Rektum reichender Dammdefekt, links neben der Columna rugarum gelegen.

21. V. Sehr schiefe Anfrischung. Der Sphinkter läßt sich aus einer Scheide herauspräparieren und wird mit 2 Katgutnähten wieder vereinigt.

5. VI. Die äußeren Nähte, zum Teil durchschnitten, werden entfernt.

7. VII. Rektumnähte entfernt. Heilung p. p. int.

16. VII. Geheilt entlassen.

Anfrage bleibt unbeantwortet.

11. 1900/1901. J.-No. 276. Kind M. W. aus Sarne. $1\frac{1}{2}$ Jahre. Aufnahme 18. VIII. 00.

Der Riß war durch Verwechselung einer Steiß- mit einer Gesichtslage entstanden, indem der Arzt mit dem Finger in den Anus des Kindes eingegangen war. Bei der Operation wird festgestellt, daß es sich nur um einen Mastdarmdammspalt handelt. Da im wesentlichen nach Lawson-Tait operiert wurde, weil eine Exzision der schmalen Narbe nicht möglich war, scheidet dieser Fall aus der Statistik aus.

12. 1900/1901. J.-No. 371. Frau M. K. aus Breslau. 25 Jahre. Aufnahme 27. VIII. 00.

Beim I. Partus am 25. V. 99 (Forceps wegen Eklampsie) totalen Dammriß akquiriert. Nach der Entbindung wurde Patientin genäht; trotzdem kann sie seitdem Stuhlgang speziell bei Diarrhöen nicht willkürlich halten.

Befund: Sehr kleiner narbiger Damm. Innere Nähte nicht geheilt. Sphinkterfunktion nicht vorhanden.

30. VIII. Atypische Episioplastik. Isolierte Sphinkternaht.

9. IX. Dammnähte entfernt. Die unterste ist durchgeschnitten und hat auf der linken Gefäßbacke einen Dekubitus hervorgerufen. Sonst Heilung per primam.

16. IX. 00. Geheilt entlassen.

16. XII. 09. Laut Bericht seitens des Ehemannes hat Patientin seit der Operation noch 5mal geboren, ohne daß der Damm eingerissen ist. Sie ist vollkommen beschwerdefrei und arbeitstüchtig; es besteht vorzügliche Kontinenz für dünnen Stuhl und Winde.

13. 1900/1901. J.-No. 380. Frau J. Sch. aus Mokau. 28 Jahre. Aufnahme 30. VIII. 00.

Seit 2 Jahren verheiratet. Beim I. Partus (Forceps) totaler Dammriß, der nicht genäht wurde. Danach noch eine Geburt vor 6 Monaten.

Befund: Bis ins Rektum gehender Dammriß.

1. IX. Proctoperineoplastik.

22. IX. Tadellos geheilt entlassen.

Am 17. XII. 09 schreibt die Patientin, daß sie seit der Operation für dünnen Stuhl und Winde vollkommen kontinent sei. Am 25. V. 05 habe sie geboren, ohne daß der Damm eingerissen sei. Sie habe keinerlei Beschwerden. „Es ist alles in Ordnung und fühle mich gesund."

14. 1900/1901. J.-No. 429. Frau M. G. aus Krumm. 29 Jahre. Aufnahme 15. X. 00.

Retroflexio uteri mobilis. Defectus perinei totalis.

Vor 9 Jahren spontane Geburt. Wochenbett o. B. Seit 6 Jahren klagt sie angeblich nach einer körperlichen Anstrengung über Schmerzen im Leib und in der Magengegend.

Befund: Uterus retroflektiert, — vertiert, mobil und vergrößert.

Totaler Dammdefekt. Prolapsus recti; Sphinkterenden deutlich sichtbar.

24. IX. Alexander Adamsche Operation. Episioplastik nach Küstner.

15. X. Uterus anteflektiert, beweglich. Damm gut geheilt.

Am 16. XII. 09 schreibt die Patientin, daß sie seit der Operation dünnen Stuhl und Winde willkürlich zurückhalten könne und nicht mehr geboren habe. Seitens des Dammes habe sie keine Beschwerden mehr.

15. 1900/1901. J.-No. 667. Frau M. H. aus Geiersthal. 27 Jahre. Aufnahme 2. I. 01.

Seit $2\frac{1}{2}$ Jahren verheiratet. I. Partus im März 1900. Forceps. Primäre Naht. Naht am 12. Tage aufgegangen. Seitdem Incontinentia alvi et flatuum.

4. I. 01. Atypische Proctoperineoplastik. Sphinkter mit 2 Katgutnähten vereinigt, 4 Drahtnähte im Rektum, 6 am Damm.

21. I. Nähte entfernt. Kleine Dehiscenz am Damm.

26. I. Geheilt entlassen. Gute Sphinkterfunktion.

Am 20. XI. 09 schreibt Dr. B. aus Geiersthal, daß Frau H. nach der Operation noch 2 Partus vor 3 und $1\frac{1}{2}$ Jahren durchgemacht habe, wobei jedesmal ein Dammriß entstand, der 2 bis 3 Nähte erfordert habe. Prolaps nicht vorhanden. „Alles normal."

16. 1900/1901. J.-No. 672. Frau H. W. aus Kolo. 27 Jahre. Aufnahme 5. I. 01.

Seit 7 Jahren verheiratet. 4 Partus. I. und IV. mit Zange. Klagt über Schmerzen im Unterleib und häufigen Stuhldrang. Weißer Fluß.

Befund: Totaler Dammspalt.

9. I. Operation in der üblichen Weise.

31. I. Geheilt entlassen. Der plastische und funktionelle Effekt ist zufriedenstellend.

Anfrage blieb unbeantwortet.

17. 1900/1901. J.-No. 801. Frau K. P. aus Mangschütz. 30 Jahre. Aufnahme 4. III.

7mal geboren. Beim letzten Partus vor 7 Wochen bis an den Mastdarm eingerissen. Inkontinenz für dünnen Stuhl. Wasserlassen o. B. Kreuzschmerzen.

Befund: Totaler Dammdefekt. Retroflexio uteri. Uterus leicht aufzurichten, noch etwas vergrößert.

8. III. Proctoperineoplastik.

22. III. Nähte entfernt. Heilung per primam bis auf eine kleine Stelle in der Mitte des Dammes.

30. III. Trotz Temperatursteigerungen in den letzten 2 Tagen, deren Grund nicht eruiert werden kann, wird Patientin auf ihren eigenen Wunsch entlassen. Gute Sphinkter-

funktion. Uterus retroflektiert. Patientin soll zur Behandlung der Retroflexio in 4 Wochen in die Poliklinik kommen.

22. XI. 09. Nachuntersuchung.

Patientin hat nach der Operation noch 2mal, vor 2 und 6 Jahren, geboren. Beim ersten Kind wieder eingerissen. Kann Stuhlgang und Winde vorzüglich zurückhalten.

Befund: Uterus retroflektiert. Tadelloser Sphinkter. Frenulum eingerissen. Damm intakt.

18. 1901/1902. J.-No. 62. Frau J. S. aus Neukirch. 33 Jahre. Aufnahme 10. IV. 01.

Seit 13 Jahren verheiratet. 9mal geboren. Beim VII., VIII. und IX. Partus manuelle Plazentarlösung, dabei will sie stark eingerissen sein. Seit dem letzten Partus Abgang von Flatus und dünnen Stuhl durch die Scheide.

Befund: Totaler Dammspalt.

20. IV. Operation. Bedeutende Asymmetrie der Narbe, da der Dammspalt extramedian liegt. 4 Drahtnähte ins Rektum.

9. V. Damm glatt geheilt. Entlassung.

Anfrage kommt unbestellbar zurück.

19. 1901/1902. J.-No. 117. Frau M. Sch. aus Breslau. Aufnahme 6. V. 01.

Seit $2\frac{1}{2}$ Jahren verheiratet. I. Partus am 18. II. 01, Dammriß, der sofort genäht wurde. Seitdem Inkontinenz für dünnen Stuhl.

Befund: Uterus retroflektiert. Totaler Dammspalt.

10. V. Operation in der üblichen Weise.

25. V. Geheilt entlassen.

16. XII. 09 Nachuntersuchung.

Seit der Operation kein Partus mehr. Kontinenz für Stuhl und Winde. Hoher Damm von normaler Konfiguration. Tadellose Sphinkterfunktion. Am Anus 2 Hämorrhoidealknötchen.

20. 1901/1902. J.-No. 166. Frau C. H. aus Alt-Reichenau. 38 Jahre. Aufnahme 31. V.

Defectus perinei totalis. Prolapsus totalis. Seit 5 Jahren verheiratet. Beim I. Partus vor 12 Jahren (Perforation wegen Querlage) totaler Dammriß. Seit dem II. Partus vor 5 Jahren bemerkt Patientin einen Vorfall. III. Partus im Jahre 1900. Inkontinenz für dünnen Stuhl.

5. VI. 01. 1. Vaginifixur. 2. Proctoperineoplastik.

21. VI. Damm tadellos geheilt. Geheilt entlassen.

Anfrage kommt mit Bescheid zurück, daß die Frau C. H. verstorben ist.

21. 1901/1902. J.-No. 567. Frl. L. Z. aus Breslau. 33 Jahre. Aufnahme 18. XI. 01.

Beim I. Partus vor 8 Wochen (Forceps) totaler Dammspalt, der sofort genäht wurde. Nach paar Tagen mußte die Naht wieder geöffnet werden. Seitdem Inkontinenz für Stuhl und Winde.

22. XI. Operation. Atypische Anfrischung, rechts eine sehr große, links eine kleine Wundfläche. Das Gewebe ist noch speckig infiltriert und noch in einem Zustand, der für eine Prima intentio nicht günstig ist.

8. XII. Nähte entfernt. Heilung p. p. i.

13. XII. Geheilt entlassen.

Nachuntersuchung am 17. XII. 09. Seit der Operation besteht gute Kontinenz für Stuhl und Winde. 4 Jahre nach der Operation hat Patientin wieder geboren; dabei ist sie nicht eingerissen. Der Damm soll wie ungenäht aussehen. Exploration abgelehnt.

22. 1902/1903. J.-No. 77. Frau M. H. aus Ratibor. 31 Jahre. Aufnahme 26. IV. 02.

Seit einem Partus vor $1\frac{1}{2}$ Jahren fließt dünner Stuhl unwillkürlich ab.

Diagnose: Totaler Dammspalt.

1. V. 02. Proctoperineoplastik.

15. V. Nähte entfernt. Heilung per primam.

21. V. Geheilt entlassen.

Am 14. XII. 09 teilt die Patientin mit, daß sie seit der Operation nicht mehr geboren habe und Stuhlgang und Winde beliebig zurückhalten könne. Sie ist mit dem Resultat sehr zufrieden. „Mir geht es in jeder Weise sehr vorzüglich."

23. 1902/1903. J.-No. 134. Frau C. V. aus Breslau. 33 Jahre. Aufnahme 24. III. 02.

Defectus perinei totalis. Salpingooophoritis duplex purulenta.

Beim I. Partus vor 7 Jahren totaler Dammspalt. II. Partus vor 5 Jahren. Es wird eine Salpingooophorectomia duplex gemacht; Patientin wird zur Dammplastik wiederbestellt.

24. 1902/1903. J.-No. 284. Frau A. H. aus Reversdorf. 35 Jahre. Aufnahme 8. VII. 02.

Seit 4 Jahren verheiratet. 2mal geboren. Beim I. Partus Dammriß. 4 Wochen bettlägerig an Bauchfellentzündung. II. Partus ebenfalls mit Zange. Wochenbett o. B. Inkontinenz für dünnen und festen Stuhl und für Winde.

Befund: Totaler Dammspalt. Rechts Emmetscher Einriß. Uterus anteflektiert, etwas empfindlich.

14. VII. 1. Emmetsche Operation. 2. Atypische Anfrischung der alten Dammnarbe.

29. VII. Fäden entfernt. In der Mitte des Dammes ein ganz dünner Fistelgang. Keine Kommunikation mit dem Rektum. Sphinkter tadellos funktionierend.

7. VIII. Geheilt entlassen.

Anfrage wird nicht beantwortet.

25. 1903/1904. J.-No. 241. Frau A. R. aus Schreibersdorf. 30 Jahre. Aufnahme 17. VI. 03.

Seit 8 Jahren verheiratet. Beim I. Partus (Zangengeburt) Dammriß, der sofort genäht wurde. Später noch 2 mal geboren. Seit Ende Mai kann Patientin den Stuhl nicht halten. Seit 3 Jahren Hervortreten der Gebärmutter.

Befund: Totaler Dammspalt; ein Stück Rektalschleimhaut liegt zutage. Klaffende Vulva; taubeneigroße Cystocele, die beim Pressen hühnereigroß wird. Beiderseits Emmetscher Riß, rechts größer als links.

24. VII. Operation. 1. Colporrhaphia anterior. 2. Atypische Perineoplastik.

7. VII. 03. 16 Scheiden- und Dammnähte entfernt.

15. VII. Rektumnähte entfernt.

17. VII. Geheilt entlassen. Dammwunde p. p. i. geheilt. Sphinkterfunktion tadellos.

Am 12. XII. schreibt die Patientin, daß sie mit dem Resultat der Operation sehr zufrieden sei. Kein Partus mehr. Gute Kontinenz für jeglichen Stuhl und Winde.

26. 1903/1904. J.-No. 367. Frau L. O. aus Lipine. 40 Jahre. Aufnahme 10. VIII.

Seit 8 Jahren verheiratet. 6 Partus. Beim V. Partus (Forceps) totaler Dammriß, der sofort genäht wurde. Seitdem Hervortreten der Gebärmutter und unwillkürlicher Abgang von dünnem Stuhl und Winden.

Befund: Uterus retroflektiert-vertiert. Corpus wenig vergrößert. Cervix sehr hypertrophisch, verlängert. Portio fast apfelgroß. Doppelseitiger Emmet. Dekubitalgeschwür mit scharfen Rändern. Dammriß III. Grades.

19. VIII. Operation. 1. Amputatio portionis. 2. Colporrhaphia anterior. 3. Vaginifixura. 4. Episioperineoplastik.

30. VIII. Entfernung der Nähte. Heilung des Dammes p. p. i. bis auf die beiden Frenulumnähte, die durchschnitten sind.

11. IX. Geheilt entlassen. Gute Sphinkterfunktion. Uterus an der vorderen Vaginalwand adhärent. Colporrhaphie und Dammplastik glatt geheilt.

Anfrage kommt unbestellbar zurück.

27. 1903/1904. J.-No. 564. Frau P. H. aus Breslau. 32 Jahre. Aufnahme 1. XII. 03.

Da das Krankenjournal fehlt, werden die anamnestischen Angaben bei der Nachuntersuchung erhoben.

Beim I. Partus im Jahre 1897 (Steißgeburt) Dammriß III. Grades, der sofort genäht wurde. Die Naht ist bald aufgegangen. Später noch 3mal geboren.

Operation im Jahre 1903.

29. XII. Geheilt entlassen.

Nachuntersuchung am 17. XII. 09.

Nach der Operation hat Frau H. noch 3mal geboren, 1mal Zwillinge. Bei jeder Geburt riß der Damm wieder ein und mußte genäht werden. 1mal waren 8 Nadeln, 1mal 2—3, 1mal 6—7 Nadeln notwendig. Gleichwohl bestand seit der Operation eine vorzügliche Sphinkterfunktion.

Befund: Der Damm ist zirka 2 cm lang. Der Sphinkter schließt sich kräftig um den ins Rektum eingeführten Finger. Prolaps der hinteren Scheidenwand. Uterus retroflektiert und beweglich.

28. 1903/1904. J.-No. 637. Frau E. B. aus Wiesau. 30 Jahre. Aufnahme 12. I. 04.

Seit $3\frac{1}{2}$ Jahren verheiratet. Beim I. Partus (Zange) am 30. VI. 03 Dammriß III. Grades, der zwar genäht wurde, aber nicht richtig heilte. Seither Insuffizienz des Sphinkter.

20. I. Episioplastik.

5. II. Nähte entfernt. Heilung p. p. i.

10. II. Geheilt entlassen.

3. XII. 09. Nachuntersuchung.

Kein Partus mehr. Ausgezeichnete Kontinenz für dünnen Stuhl und Winde.

Befund: Sehr hoher Damm von ganz normalem Aussehen. Sphinkter gut schlußfähig.

29. 1903/1904. J.-No. 664. Frau M. Sch. aus Lorenzdorf. 33 Jahre. Aufnahme 25. I.

Verheiratet seit 5 Jahren. 2mal geboren. Beim I. Partus (Forceps) Dammriß, der genäht wurde. Seitdem Perineorektalfistel, die bereits vor 3 Jahren genäht wurde.

Befund: Scheidendammnarbe, die bis in die Sphinkterfalten geht; $\frac{1}{2}$ cm vom Anus eine für Sonde 3 durchgängige Fistelöffnung, die ins Rektum geht und aus der sich auch Stuhl entleert.

30. I. Episioplastik.

15. II. Fäden entfernt. Heilung p. p. i. bis auf eine ganz kleine Stelle am Frenulum.

19. II. Geheilt entlassen.

Anfrage kommt unbestellbar zurück.

30. 1904/1905. J.-No. 163. Frau M. Sch. aus Peiskretscham. 31 Jahre. Aufnahme 26. IV. 04.

Beim I. Partus vor $1\frac{1}{4}$ Jahren (Forceps) Dammriß III. Grades. Erfolglose primäre Naht.

Befund: Totaler Dammspalt bis tief ins Rektum hineingehend.

6. V. 04. Episioplastik. Isolierte Sphinkternaht.

10.—12. V. Geringe Blutung z. Z. der Menses.

26. V. Dammnähte entfernt.

Es besteht noch eine Fistel rectovulvaris, die alle 2 Tage geätzt wird. 2mal täglich ein Sitzbad.

3. VII. Gut verheilte Dammnarbe, nur etwa $\frac{1}{2}$ cm über dem Analring eine etwa für eine Streichholzkuppe zugängliche Fistel, die nach unten sicher geschlossen erscheint. Kontinenz für Flatus und jeglichen Stuhlgang. Entlassung.

Am 19. XII. 09 schreibt die Patientin, daß sie sämtlichen Stuhl, auch dünnen, und Flatus willkürlich zurückhalten könne und sich vollkommen gesund und beschwerdefrei fühle. Kein Partus mehr.

31. 1904/1905. J.-No. 226. Frl. M. R. aus Breslau. 24 Jahre. Aufnahme 24. VI. 04.

Beim I. Partus (Zwillinge) totaler Dammspalt, der sofort genäht wurde, ohne richtig zu heilen. Partus am 19. IV. 04.

24. VI. Atypische Anfrischung in der üblichen Weise.

11. VII. Entfernung der Rektumfäden. In der Mitte des Dammes eine kleine fistulöse Öffnung, für die Kuppe eines Streichholzes zugängig. Ätzung. Täglich ein Sitzbad.

14. VII. Die Fistel wird allmählich kleiner.

28. VII. Entlassung. Hoher fester Damm. In der Mitte desselben befindet sich eine hirsekorngroße Fistelöffnung. Sphinkterfunktion tadellos.

Am 27. XII. 09 berichtet die Patientin, daß sie sich seit der Operation vollkommen gesund fühle und keinerlei Beschwerden mehr habe. Es bestehe eine vorzügliche Sphinkterfunktion. Kein Partus mehr. Eine Untersuchung wird abgelehnt.

32. 1904/1905. J.-No. 607. Frau C. Z. aus Czenstochau. 23 Jahre. Aufnahme 17. II. 04.

Seit 3 Jahren verheiratet. Beim I. Partus (wahrscheinlich Steißlage) Dammriß III. Grades. Primäre Naht erfolglos.

II. Partus spontan. Seit dem I. Partus geht diarrhöischer Stuhl unwillkürlich ab. Ausfluß.

Befund: Großer Emmetscher Riß rechts. Kompletter, schlecht vernarbter Dammriß.

20. II. 04. Dammplastik in der üblichen Weise; vorher rechts ein ausgedehnter Emmet.

11. III. Entlassung. Damm p. p. i. geheilt. Sphinkterfunktion o. B.

Anfrage kommt unbestellbar zurück.

33. 1905/1906. J.-No. 14. Frau E. B. aus Schlafenort. 64 Jahre. Aufnahme 11. II. 05.

Seit 38 Jahren verheiratet. 5 Partus. Der letzte vor 27 Jahren. Beim I. Partus (Zange) Dammriß. Seitdem Inkontinenz für diarrhoischen Stuhl.

Befund: Alter, schlecht vernarbter, totaler Dammspalt. Große Rectocele; Prolapsus uteri.

22. V. Operation. 1. Vaginifixur des kleinen, senilen Uterus. 2. Perineoplastik in der üblichen Weise. 3. Von der Columna rugarum post, die prolabiert ist, wird ein beträchtliches Stück reseziert.

7. III. Es besteht noch eine Fistel zwischen Damm und Rektum. Scheidenspülungen mit Alaun. Ätzung des Fistelganges. Weiterer Verlauf einwandfrei.

13. IV. Entlassung. Uterus anteflektiert. Dammwunde bis auf den unteren Teil p. p. i. geheilt.

2. XI. 09. Nachuntersuchung.

Gute Kontinenz für Stuhlgang, auch dünnen. Keine subjektiven Beschwerden mehr.

Befund: Kräftiger Sphinkterschluß. Mittelhoher Damm (3 cm) von normaler Konfiguration.

34. 1905/1906. J.-No. 327. Frl. A. Kl. aus Breslau. 24 Jahre. Aufnahme 14. VII. 05.

Beim I. Partus am 3. III. 04 totaler Dammriß, der sofort genäht wurde. Seitdem besteht Inkontinenz für dünnen Stuhl.

Befund: Kompletter Dammspalt. Vulva klaffend.

18. VII. Atypische Episioplastik in der üblichen Weise.

28. VII. Allgemeinbefinden gut. Damm sieht gut aus.

19. VIII. Geheilt entlassen.

18. VII. 09. Nachuntersuchung.

Ausgezeichnete Kontinenz für dünnen Stuhl und Winde. Subjektives Wohlbefinden.

Befund: Hoher Damm von normalem Aussehen. Tadellose Sphinkterfunktion.

35. 1905/1906. J.-No. 544. Frl. A. H. aus Friedrichsberg. 20 Jahre. Aufnahme 6. XI. 05.

Beim I. Partus am 22. IX. 05 (Forceps) Dammriß, der nicht genäht wurde. Incontinentia alvi et flatuum.

Befund: Totaler, 1 cm ins Rektum reichender Dammspalt.

20. XI. 05. Atypische Anfrischung in der üblichen Weise.

2. XII. Damm gut geheilt bis auf eine kleine Dammmastdarmfistel. Ätzung der Fistel. Entfernung der Dammfäden.

15. XII. Entfernung der Darmfäden. Sphinkterfunktion vorzüglich.

21. XII. Entlassung. Damm sehr gut verheilt und völlig geschlossen.

Am 14. XII. 09 schreibt die Patientin, daß sie keinerlei Beschwerden mehr habe und für dünnen Stuhl und Winde völlig kontinent sei. „Ich bin zufrieden mit dem Resultat, kann arbeiten so wie vorher."

36. 1906/1907. J.-No. 191. Frau W. M. aus Neudorf. 30 Jahre. Aufnahme 19. VI. 06.

Seit 6 Jahren verheiratet. 5mal geboren. Beim I. Partus im Jahre 1900 (Forceps) Dammriß akquiriert; seitdem zuweilen Incontinentia alvi.

Befund: Totaler, links von der Columna gelegener Dammspalt.

27. VI. Proctoperineoplastik. Isolierte Spinkternaht mit 2 Katgutsuturen. Ins Rektum 4 Drahtnähte.

10. VII. Fäden gezogen. Heilung p. p. i.

18. VII. Geheilt entlassen.

Am 16. VII. 09 schreibt die Patientin, daß sie seit der Operation vollkommen beschwerdefrei sei. 2 Jahre nach der Operation habe sie noch 1mal geboren, ohne einen neuen Dammriß zu akquirieren. „Ich bin sehr gut zufrieden und ich freue mich, daß ich zur Operation in der Klinik war.

37. 1906/1907. J.-No. 367. Frau A. Sch. aus Breslau. 26 Jahre. Aufnahme 2. X. 06.

Seit 6 Jahren verheiratet. 4mal geboren. Beim IV. Partus (Querlage) Dammriß III. Grades.

Befund: Totaler Dammspalt. Links mäßig großer Emmet.

8. X. 06. Atypische Dammplastik. 4 Drahtnähte ins Rektum. 2 Katgutnähte in den Sphinkter.

21. X. Fäden gezogen. Heilung p. p. i.

27. X. Entlassung. Damm glatt geheilt. Sphinkter schlußfähig.

Am 3. XII. 09 Nachuntersuchung. Patientin hat im Jahre 1907 und 1909, beide Male mit poliklinischer Hilfe, entbunden. Sie ist vollkommen kontinent.

Befund: Bis auf einen kleinen Riß am Frenulum vollständig zufriedenstellend.

38 1906/1907. J.-No. 491. Frau M. K. aus Schmograu. 20 Jahre. Aufnahme 22. VI. 06.

Diagnose: Fistula uretrovaginalis. Defectus perinei totalis. Paresis sphincter. intern. vesicae urinariae.

I. Partus am 16. IV. 06. Forceps. Im Anschluß an diese Geburt kann die Patientin das Wasser nicht halten. Bis 3 Wochen nach der Geburt klagte sie auch über Incontinentia alvi.

Befund: Totaler Dammspalt. Narbige Verengerung des ganzen Scheideneingangs. An der Übergangsstelle zwischen Uretra und Vesica ein für die Fingerspitze zugängliches Loch.

2. XII. 06. Operation der Blasenscheidenfistel. Langsamer Heilungsverlauf. Allmähliche Besserung der Blasenbeschwerden.

14. XI. Dammplastik nach der Küstnerschen Methode.

12. XII. Entlassung. Damm tadellos geheilt. Sphincter recti funktioniert gut.

Am 22. XI. 09 Nachuntersuchung. Hoher dicker Damm; fester Beckenboden. Continentia alvi et flatuum. Incontinentia urinae. Uterus ventrifixiert.

39. 1906/1907. J.-No. 553. Frl. M. P. aus Breslau. 26 Jahre. Aufnahme 28. XII.

Beim I. Partus am 1. X. 06 (Forceps) Dammriß, der sofort genäht wurde. Die Naht ist spontan wieder aufgegangen. Subjektive Beschwerden gering. Angeblich Kontinenz für dünnen Stuhl.

Befund: Totaler Dammspalt; fingerbreit über der Analöffnung besteht eine dünne Gewebsbrücke.

28. XII. 06. Episioplastik. Nach Exzision der Narbe und der sie bedeckenden Granulationen zeigt sich, daß der Sphinkter partiell erhalten ist, sei es, daß die Hälfte seiner Dicke überhaupt nicht verletzt war, oder daß sie durch die primäre Naht zur Prima intentio veranlaßt worden ist. Nahtlegung wie üblich.

12. XII. Fäden gezogen. Heilung p. p. i.

30. XII. 1 cm oberhalb des Anus wird eine kleine Fistel festgestellt, die sich nach rechts und oben verfolgen läßt und in eine haselnußgroße Höhle führt. Erweiterung des Ausführungsganges und Drainage.

10. I. Die Höhle verkleinert sich von Tag zu Tag.

13. I. Entlassung. Perineoplastik in ganzer Ausdehnung fest geheilt. Hoher, dicker Damm. 1 cm oberhalb des Anus ein enger granulierender Fistelgang.

Am 20. XII. 09 schreibt die Patientin, daß sie vollkommen beschwerdefrei sei und jegliche Art von Stuhl und auch die Winde willkürlich zurückhalten könne. „Bin mit dem Erfolg der Operation sehr zufrieden und den Herren Operateuren, wie allen, welche dazu beigetragen haben, ewig zu Danke verpflichtet."

40. 1906/1907. J.-No. 572. Frau M. H. aus Lodz. 28 Jahre. Aufnahme 28. XII. 06.

Beim I. Partus (Wendung mit Extraktion) totaler Dammspalt, der ohne Erfolg genäht wurde.

31. XII. 06. Dammplastik.

13. I. 07. Fäden gezogen. Heilung p. p.

21. I. Geheilt entlassen.

Anfrage kommt unbestellbar zurück.

41. 1907/1908. J.-No. 137. Frau A. D. aus Habelschwerdt. 40 Jahre. Aufnahme 8. IV.

Seit 20 Jahren verheiratet. 7 Partus. Beim I. Partus Dammriß. Stuhlgang kann seitdem schlecht gehalten werden. Winde gehen unwillkürlich ab.

Befund: Totaler Dammspalt. Uterus retroflektiert, fixiert.

16. V. Atypische Anfrischung. Glatter Heilungsverlauf.

29. V. Fäden gezogen.

6. VI. Entlassung mit p. p. i. geheilter Dammwunde und guter Sphinkterfunktion.

Am 14. XII. 09 schreibt die Patientin, daß sie sich vollkommen gesund fühle, Stuhl und Winde vollkommen zurückhalten könne und nicht mehr geboren habe. „Bin sehr zufrieden (mit dem Resultat der Operation), danke Gott, daß ich in die Klinik gekommen, fühle mich gesund."

42. 1907/1908. J.-No. 266. Frau E. J. aus Kynau. 26 Jahre. Aufnahme 25. VI.

Seit 3 Jahren verheiratet. Beim I. Partus (Steißlage, Extraktion) Dammriß, der trotz Naht schlecht verheilte. Zeitweise Inkontinenz für dünnen Stuhl und Blähungen.

Befund: Kompletter Dammspalt.

3. VII. Operation unter Lumbalanästhesie. Heilungsverlauf normal.

21. VII. Geheilt entlassen.

Am 13. XII. 09 schreibt die Patientin, daß sie mit dem Resultat der Operation außerordentlich zufrieden sei. Sie habe

seitdem eine gute Kontinenz für dünnen Stuhl und Flatus. 2 Jahre nach der Operation sei sie von einem gesunden Mädchen entbunden und habe sich wieder einen kleinen Dammriß zugezogen, der ihr aber weiter keine Beschwerden mache.

43. 1907/1908. J.-No. 302. Frau H. F. aus Beuthen O/S. 33 Jahre. Aufnahme 11. VII. 07.

Seit 9 Jahren verheiratet. Ein Partus vor 8 Jahren. Dabei Dammriß, der genäht wurde, aber schlecht verheilte. Seitdem Inkontinenz für dünnen Stuhl und Winde.

Befund: Totaler Dammspalt.

19. VII. 07. Perineoplastik.

4. VIII. Entlassung mit per primam geheiltem Damm und guter Funktion.

Am 20. XII. 09 schreibt die Patientin, daß sie seit der Operation völlig beschwerdefrei und mit dem Resultat der Operation sehr zufrieden sei. Kein Partus mehr. Tadellose Sphinkterfunktion.

44. 1907/1908. J.-No. 324. Frau J. S. aus Juliusburg. 30 Jahre. Aufnahme 29. VII. 07.

Seit 1 Jahr verheiratet. Beim I. Part. am 23. IV. (Zange) totaler Dammriß. Primäre Naht ohne Erfolg. Seit 5 Wochen bemerkt Patientin, daß ihr etwas aus der Scheide heraustritt. Stuhlgang angehalten.

Befund: Starker Fluor; rechtsseitiger Emmet. Alter schlecht geheilter Dammspalt, der ursprünglich bis ins Rektum hineingegangen ist. Sphinkter und Rektum geheilt, jedoch so, daß die Sphinkterenden nicht direkt, sondern durch narbige Stränge vereint sind.

30. VIII. Anfrischung wie beim totalen Dammspalt in der üblichen Weise.

15. VIII. Damm bis auf die äußere Haut, die um ein geringes auseinandergewichen ist, vollständig geheilt. Entlassung.

Am 13. XII. 09 schreibt die Patientin, daß sie in der ersten Zeit nach der Operation Mühe gehabt habe, dünnen Stuhl zurückzuhalten, jetzt aber für Winde und Stuhl vollkommen kontinent sei. Im Januar 09 habe sie wieder geboren und sei dabei ganz wenig eingerissen. Von Seiten des Dammes habe sie keinerlei Beschwerden mehr, mit dem Resultat sei sie sehr zufrieden.

45. 1907/1908. J.-No. 463. Frl. J. H. aus Breslau. 20 Jahre. Aufnahme 7. X. 07.

Am 15. VIII. 07. I. Partus. Steißlage. Bei der Extraktion akquirierte die Patientin einen totalen Dammriß, der sofort genäht wurde. Die Naht ging am dritten Tage auf.

Befund: Totaler Dammspalt.

16. X. Perineoplastik in der üblichen Weise. 7 Drahtnähte ins Rektum.

29. X. Fäden gezogen. Heilung p. p. i.

1. XI. Hoher dicker Damm. Sphinkter o. B. Entlassung.

Am 19. XII. 09. Nachuntersuchung. Patientin hat seit der Operation gute Kontinenz, auch für dünnen Stuhl. 1 Jahr nach der Operation hatte sie wieder geboren, ohne daß ein Dammriß entstanden war.

Befund: Hoher Damm von normaler Konfiguration. Kräftiger Sphinkterschluß.

46. 1907/1908. J.-No. 485. Frau A. E. aus Kalisch. 38 Jahre. Aufnahme 18. X. 07.

Seit 17 Jahren verheiratet. 10mal geboren. Seit dem letzten Partus vor 3 Monaten klagt Patientin über starke Kreuzschmerzen. Stuhlgang unregelmäßig.

Befund: Totaler Dammspalt, links neben der Columna in die Scheide gehend.

23. X. 07. 1. „Sterilisation." Exzision der Tuben in der üblichen Weise. 2. Perineoplastik.

5. XI. Fäden gezogen. Wunde p. p. geheilt.

9. XII. Entlassung. Hoher dicker Damm. Sphinkter o. B. Feste Laparatomienarbe.

Am 12. XII. 09 schreibt die Patientin, daß sie vollkommen kontinent sei und zeitweise immer noch an Kreuzbeschwerden leide. „Ich danke recht herzlich und bin sehr zufrieden."

47. 1907/1908. J.-No. 736. Frl. M. S. aus Gleiwitz. 22 Jahre. Aufnahme 21. I. 08.

Bei der ersten Geburt im November 1907 (Forceps) Dammriß, der sofort genäht wurde. Gleichwohl Inkontinenz für dünnen Stuhl und Winde.

Befund: Totaler Dammspalt. Kleiner, anteflektierter Uterus.

28. I. 08. Perineoplastik.

12. II. Fäden gezogen. Heilung p. p. i.

14. II. Geheilt entlassen. Gute Sphinkterfunktion.

27. XI. 09. Nachuntersuchung.

Ein ganz normal aussehender Damm. Sphinkterfunktion kräftig. Continentia alvi et flatuum. Kein Partus mehr.

48. 1907/1909. J.-No. 755. Frl. M. K. aus Breslau. 21 Jahre. Aufnahme 27. I. 08.

Am 4. XII. I. Partus (Steißlage). Der dabei entstandene Dammriß III. Grades wurde nicht genäht. Seitdem unwillkürlicher Abgang von Stuhl und Flatus.

Befund: Totaler Dammspalt. Uterus retroflektiert, beweglich.

4. II. Perineoplastik. Sphinkter isoliert genäht. 9 Nähte ins Rektum.

23. II. Entlassen mit guter Sphinkterfunktion und in der ganzen Ausdehnung primär geheilter Dammwunde.

Am 22. XII. berichtet die Patientin, daß sie sich ganz gesund fühle und seitens des Dammes keinerlei Beschwerden mehr habe. Die Sphinkterfunktion lasse nichts zu wünschen übrig.

49. 1907/1908. J.-No. 771. Frau J. M. aus Breslau. 30 Jahre. Aufnahme 11. II. 08.

Seit November 1907 verheiratet. 2mal geboren. Letzter Partus vor 3 Jahren. Beim Wasserlassen hat Pat. das Gefühl, als ob alles herunterkäme. Incontinentia alvi et flatuum.

Befund: Totaler Dammriß.

18. II. Operation. Dabei wird eine Vereiterung der linken Bartholinischen Drüse festgestellt und dieselbe exstirpiert.

2. III. Fäden gezogen. Heilung p. p. i.

5. III. Entlassung. Sphinkter funktionstüchtig.

Am 23. XII. 09. Nachuntersuchung.

Patientin ist seit der Operation vollkommen beschwerdefrei. Kein Partus mehr. Vorzügliche Kontinenz für Stuhl und Winde.

Befund: Damm mittelhoch, fest, gut verheilt. Sphinkter funktionskräftig. Konfiguration des Dammes und des Introitus vaginae normal aussehend.

50. 1908/1909. J.-No. 152. Frau P. N. aus Minken. 27 Jahre. Das Krankenjournal fehlt.

Aufnahme 6. IV. 08.

Geheilt entlassen 5. VI. 08.

Am 13. XII. 09 schreibt die Patientin, daß sie seit der Operation vollkommen beschwerdefrei sei und sich ganz gesund fühle. Es bestehe gute Kontinenz für dünnen Stuhl und Winde. Kein Partus mehr.

51. 1908/1909. J.-No. 420. Frau K. B. aus Breslau. 34 Jahre. Aufnahme 8. IX. 08.

Patientin ist seit 1900 verheiratet. Am 22. IV. 02 eine Zwillingsgeburt. (1. Kind in Steißlage, 2. Kind in Querlage — Wendung.) Dabei Dammriß III. Grades. 3 Wochen Fieber. Die primäre Dammnaht ist ohne Erfolg gewesen. Incontinentia alvi et flatuum.

Befund: Totaler Dammspalt. Geringe Descensus der vorderen Scheidenwand. Uterus retroflektiert.

11. IX. 08. Atypische Anfrischung in der üblichen Weise.

16. IX. Temp. normal. Cystitis. Fachinger. 2mal dünnen Stuhl. 23. IX. Desgleichen.

24. IX. Fäden gezogen. Vagino-Rektalseptum nur zum Teil geheilt, zum Teil ist die Dammwunde und die Rektumnaht aufgegangen.

26. IX. Entlassung. Sphinkter funktionstüchtig. Die Wunde granuliert langsam.

Am 18. XII. 09 Nachuntersuchung.

Patientin ist noch einen ganzen Monat von einem Privatarzt mit Jodpinselungen weiterbehandelt und schließlich vollständig geheilt worden. Sie konnte aber gleich nach der Operation dünnen Stuhlgang und Winde gut halten und hat nach dem Schluß der Wunde überhaupt keine Beschwerden mehr seitens des Dammes. Kein Partus mehr.

Befund: Ein vollkommen intakter Damm, der zwei kleine grübchenförmige Vertiefungen aufweist. Frenulum o. B. Kräftiger Sphinkterschluß.

52. 1908/1909. J.-No. 425. Frl. H. D. aus Trebnitz. 56 Jahre. Aufnahme 20. VIII.

Carcinoma septi recto-vaginale. Defectus perinei totalis.

Wegen Carcinom wird von einer Plastik Abstand genommen.

53. 1908/1909. J.-No. 701. Frau H. L. aus Breslau. 21 Jahre. Aufnahme 12. I. 09.

Seit $2\frac{3}{4}$ Jahren verheiratet. 2mal spontan geboren. Seit dem letzten Partus Incontinentia alvi et flatuum.

Befund: Totaler Dammspalt. Rektum höchstens $\frac{1}{2}$ cm eingerissen. Innere Genitalien o. B.

16. I. Operation nach Küstner.

4. II. Entlassen mit per primam geheilter Dammwunde und guter Sphinkterfunktion.

Am 19. XII. 09 Nachuntersuchung.

Patientin ist vollkommen beschwerdefrei. Kein Partus mehr.

Befund: Hoher, fester, normal aussehender Damm. Sphinkter o. B. Gravidität im 8. Monat.

54. 1908/1909. J.-No. 755. Frau A. G. aus Breslau. 35 Jahre. Aufnahme 8. II. 09.

Seit 5 Jahren verheiratet. 3mal geboren. Beim I. Partus (Forceps) totaler Dammriß, der trotz der primären Naht Inkontinenz für dünnen Stuhl und Winde zur Folge hatte. Beim II. Partus wiederum eingerissen und ohne Erfolg genäht. Beim III. Partus eingerissen und nicht genäht.

Befund: Kompletter Dammriß. Prolaps der Rektumschleimhaut.

11. II. 09. Dammplastik in der üblichen Weise.

28. II. Entlassung mit glatt geheilter Dammwunde und guter Sphinkterfunktion.

23. XI. Nachuntersuchung.

Pat. hat am 10. X. geboren; ein dabei entstandener Dammriß II. Grades wurde genäht. Keine Beschwerden.

Befund: Hoher Damm, gute Sphinkterfunktion.

55. 1908/1909. J.-No. 784. Frl. E. Sch. aus Parchwitz. 22 Jahre. Aufnahme 12. II. 09.

Am 24. XII. 08 I. Partus (Zange), wobei die Patientin einen totalen Dammriß erlitt. Sie wurde genäht, jedoch ohne Erfolg.

Befund: Großer, schlecht geheilter Scheidendammriß. Die Haut ringsum in der Scheide stark entzündlich geschwollen. Eitriger Fluor.

15. II. 09. Episioplastik.

2. III. Fäden gezogen. Heilung per primam.

13. III. Geheilt entlassen.

25. XI. 09. Nachuntersuchung.

Keine Geburt mehr. Gute Kontinenz für Stuhl und Winde. Mittelhoher Damm von normalem Aussehen. Sphinkter kräftig und schlußfähig.

56. 1909/1910. J.-No. 25. Frau B. J. aus Tribusch. 25 Jahre. Aufnahme 5. IV. 09.

Seit 3 Jahren verheiratet. 1 Spontangeburt vor 2 Jahren. Dabei Dammriß akquiriert, der nicht genäht wurde. Seitdem Incontinentia alvi et flatuum. Schneiden beim Wasserlassen.

Befund: Totaler Dammspalt.

7. IV. Anfrischung im Sinne der Narbe. 1 Katgutnaht in den Sphinkter. 3 dünne Rektumnähte.

20. IV. Fäden gezogen. Heilung p. p. i.

24. IV. Hoher, dicker Damm mit strichförmiger Narbe. Gute Sphinkterfunktion. Entlassung.

30. IX. 09. Nachuntersuchung.

Die Frau ist vollkommen beschwerdefrei. Menses o. B. Kein Abort.

Befund: Mittelhoher Damm. Kräftige Sphinkterfunktion.

57. 1909/1910. J.-No. 112. Frau O. F. aus Zduny. 34 Jahre. Aufnahme 4. V. 09.

Seit 5 Jahren verheiratet. Beim I. Part. (Steißlage-Extraktion) Dammriß, der nicht genäht wurde. Incontinentia alvi et flatuum.

Befund: Totaler, 2 cm ins Rektum hineinreichender Dammspalt.

11. V. Perineoplastik in Lumbalanästhesie.
29. V. Entlassung. Damm p. p. geheilt. Sphinkter o. B.
1. XII. 09. Nachuntersuchung
Dünner Stuhl und Winde können willkürlich zurückgehalten werden. Menses o. B. Keine subjektiven Beschwerden.
Befund: Gut geheilter, hoher Damm von normaler Konfiguration. Sphinkterschluß normal.

58. 1909/1910. J.-No. 139. Frau A. Sch. aus Wartenberg. 32 Jahre. Aufnahme 10. V.
Seit 1 Jahre verheiratet. Beim I. Partus (Steißlage) am 15. III. 09 Dammriß, der genäht wurde. Seitdem Inkontinenz für flüssigen Stuhl.
Befund: Totaler, 3 cm ins Rektum gehender Dammriß.
18. V. Dammplastik.
31. V. Fäden gezogen. Frenulum nicht geheilt. Darunter eine Fistel, die auf Druck Eiter entleert. Ätzung. Sitzbäder.
10. VI. Entlassung.
Unterhalb des Frenulum eine für eine Sonde durchgängige Öffnung eines Kanals, aus dem sich etwas dünnflüssiger Eiter entleert. Der Kanal führt in die Scheide und in das Rektum oberhalb des gut geheilten Sphinkter. Stuhl kann willkürlich zurückgehalten werden. Damm sonst gut geheilt.
Am 13. XII. 09 schreibt die Patientin, daß sie keinerlei Beschwerden habe und gut imstande sei, dünnen Stuhl und Winde zurückzuhalten.

59. 1909/1910. J.-No. 270. Frau J. P. aus Stawidzin. 27 Jahre. Aufnahme 19. VI.
Seit 9 Jahren verheiratet. 3mal geboren. Seit der letzten Geburt (ohne Kunsthilfe) fühlt sich Pat. schwach und kann den Stuhlgang oft nicht halten.
Befund: Totaler, 3 cm ins Rektum hineinreichender Dammspalt. Rechtsseitiger Emmet.
24. VI. Atypische Anfrischung. 6 Rektumnähte. 2 bis 3 Katgut-Sphinkternähte.
13. VI. Fäden gezogen. Heilung p. p. i.
19. VI. 09. Entlassung mit gut vernarbtem, festem Damm und funktionsfähigem Sphinkter.
Am 10. XII. schreibt die Patientin, daß sie seit der Operation für dünnen Stuhl und Winde vollkommen kontinent sei. „Ich kann meine große Zufriedenheit über die Operation aussprechen, da es mir doch bedeutend besser ist und ich auch mehr Appetit habe. Es ist soweit noch alles, so wie ich von Ihnen entlassen wurde."

60. 1909/1910. J.-No. 326. Frau J. K. aus Breslau. 23 Jahre. Aufnahme 29. VII. 09.

Seit 1 Jahr verheiratet. I. Part. am 23. II. 09. Zangenversuch durch medicus practicus. — Perforation und Extraktion in der Klinik. Seit der Entbindung, bei der ein Dammriß erfolgte, kann Patientin keinen Stuhlgang willkürlich zurückhalten.

Befund: Kompletter Dammspalt. Links großer bis ins Parametrium hineinreichender Emmet.

31. VII. Dammplastik in der üblichen Weise.

13. VIII. Fäden gezogen. Heilung mit Ausnahme der mittleren Dammpartie p. p. i. Bettruhe für weitere 3 Tage.

16. VIII. Aufsitzen gestattet.

19. VIII. Entlassung. Damm fest verheilt. Sphinkter funktionstüchtig.

20. XI. 09. Nachuntersuchung.

Völlige Kontinenz. Tadellose Sphinkterfunktion. Dicker, hoher Damm.

Am Schluß dieser Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Geh. Rat Professor Dr. Küstner für die gütige Überlassung des Materials und Herrn Privatdozenten Dr. Hannes, Oberarzt der Universitäts-Frauenklinik, für die freundliche Unterstützung bei der Anfertigung der Arbeit meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Lebenslauf.

Ich, Felix Elias, jüdischer Konfession und preußischer Staatsangehöriger, bin am 8. Dezember 1883 zu Posen geboren als Sohn des Kaufmanns Leo Elias und seiner Gattin Anna geb. Goldschmidt. Ich besuchte das Königliche Friedrich-Wilhelms-Gymnasium zu Posen und verließ dasselbe Ostern 1903 mit dem Zeugnis der Reife. Hierauf bezog ich die Universitäten Berlin (4 Semester), Breslau (5 Semester) und Freiburg (1 Semester), machte im Juli 1905 in Breslau mein tentamen physicum und beendigte ebendort im Juli 1908 mein Staatsexamen. Mein praktisches Jahr absolvierte ich an der Israelitischen Krankenverpflegungsanstalt zu Breslau, wo ich vier Monate bei Herrn Prof. Dr. Gottstein auf der chirurgischen Station und acht Monate bei Herrn Sanitätsrat Dr. Sandberg auf der inneren Station tätig war.

Während meines Studiums hörte ich die Vorlesungen der Herren:

Virchow, Hertwig, Engelmann, Pagel, Waldeyer, Salkowsky, Harries, Hasse, Schaper †, Kükenthal, Hürthle, Röhmann, Ponfick, R. Stern, Krause, Garrè, Ludloff, Hinsberg, Bäumler, Kraske, Gierke, Krönig, Pankow, Bumm, Silex, v. Strümpell, Flügge, Filehne, Küstner, Küttner, Uhthoff, Bonhoeffer, Zieler, Czerny, Lesser und Hannes.

Allen meinen Lehrern spreche ich hierdurch meinen herzlichsten Dank aus.